



بسم الله
الرحمن الرحيم
جامعة أم درمان الإسلامية
معهد دراسات الأسرة



برنامج مقترح في العلاج المعرفي السلوكي لدى مرضى الإكتئاب بولاية الخرطوم

دراسة نظرية وتجريبية لتطبيق البرنامج علي عينة من مرضي الاكتئاب
بولاية الخرطوم

بحث مقدم لنيل درجة الدكتوراه في الإرشاد والمعالجة الأسرية

إشراف :

أ.د. عبد الله عبد الرحمن

إعداد الطالب:

محمد سعد الدين محمد

ربيع الثاني ١٤٣٤هـ / مارس ٢٠١٣م

بسم الله الرحمن الرحيم

قال الله تعالى :

(فَإِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا ** إِنَّ مَعَ الْعُسْرِ يُسْرًا)

صدق الله العظيم

سورة الشرح - الآية (٥ - ٦)

الشكر والتقدير

الحمد لله قبل كل شيء والحمد لله بعد كل شيء والحمد لله عدد كل شيء
والشكر لله سبحانه وتعالى الذي وفقني وما كنت بغير توفيقه قد أفعل شيئاً، فأسألك
ربى أن تقبل مني هذا العمل خالصاً لوجهك الكريم.

وأقدم بالشكر الجزيل للبروفسور / عبد الله عبدالرحمن الذي ما فتأ يقدم لي النصح
والإرشاد في كل مراحل البحث ولم يبخل بجهده ووقته وعلمه وخبرته وتابع هذا
البحث بموجهاته حتى رأى النور ، فجزاه الله كل الخير ونفعه الله للسودان .. بل
للعالم أجمع.

وأخص بالشكر هنا إدارة معهد دراسات الأسرة تلك المؤسسة الفتية القوية التي
خرجت من رحم جامعة أم درمان الإسلامية لتنتشر العلم والمعرفة وتحقق الآمال لكل
طالب علم.

وكذلك أتقدم بالشكر إلي البروفسور/ قاسم بدري والدكتورة / بدور الذين أشرفوا
علي مناقشة البحث فلهم التجلة وكل الاحترام علي ما قدموه لي من نصح وإرشاد.
والشكر كل الشكر إلى مكنتات الدراسات العليا بجامعة النيلين والسودان للعلوم
والتكنولوجيا وأم درمان الإسلامية ومكتبة جامعة الأحفاد التي نهلت منهم المادة
العلمية

وإلي كل الذين ساهموا في إخراج البحث في صورته النهائية أقدم إليهم الشكر
والتقدير والعرفان.

الإهداء

إلى ..

روح أبى رحمه الله أرحم الراحمين ..

أمي الحبيبة ..

أختي وإخواني الأفاضل ..

زوجتي الصديقة ..

ولى العهد (يزن)

جميعاً حفظكم الله وجزاكم الله كل الخير

إليكم جميعاً أهدي هذا البحث

مستخلص الدراسة

هدف هذا المبحث إلى التعرف على ما إذا كان العلاج السلوكي المعرفي المقتبس من نظرية الكسندر كيلي مضافاً إليه العقاقير له فاعلية في علاج مرضى الاكتئاب بالمستشفيات والعيادات النفسية بولاية الخرطوم.

تم اختيار عينة البحث بطريقة (قصديه) حيث بلغت العينة ١٥٠ فرد ، (١٠٦ من الذكور ، ٤٤ من الإناث) ، تتراوح أعمارهم من (١٨ - ٦٩) عام.

واستخدم الباحث المنهج التجريبي ، كما كان هناك ثلاث أدوات للبحث وهي (مقياس بيك للاكتئاب - دراسة الحالة - البرنامج العلاجي).

وتم تقسيم أفراد العينة إلى فئتين ، الفئة الأولى كانت المجموعة التجريبية وهي تلك الفئة التي تم علاجها بواسطة العلاج السلوكي المعرفي بالإضافة إلي مضادات الاكتئاب (العلاج المزدوج) وكان عدد تلك العينة ٧٥ فرد، والفئة الأخرى كانت هي المجموعة الضابطة وهي تلك المجموعة التي أستخدم في علاجها فقط مضادات الاكتئاب.

وبعد الانتهاء من برنامج العلاج المعرفي السلوكي للفئة الأولى استخدم الباحث برنامج المعالجات الإحصائية وهو اختبار (ت) لعينتين مرتبطتين ، واختبار (ف) لمعرفة التباين الأحادي.

وتوصل البحث إلى:

١- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في فاعلية تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي مع تناول الأدوية المضادة للاكتئاب (العلاج المزدوج) والمجموعة الضابطة للذين لم يتلقوا أي نوع من أنواع العلاج النفسي . من خلال مقياس بيك للاكتئاب .

٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في فاعلية تطبيق استخدام مضادات الاكتئاب فقط كعلاج مرض الاكتئاب من خلال استخدام مقاييس بيك للاكتئاب.

٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزي النوع (ذكر - أنثي) لدى استخدام برنامج العلاج المعرفي السلوكي مع تناول الأدوية المضادة للاكتئاب.

٤- وجد انه كلما كان عمر المريض اصغر كلما كان هناك تحسن من درجة الاكتئاب عن طريق استخدام العلاج المعرفي السلوكي.

٥- تبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزي المستوي التعليمي لذات المجموعة.

٦- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزي فترة المرض لذات المجموعة.

ومن أهم التوصيات تعميم العلاج السلوكي المعرفي لدى مرضى الاكتئاب بالمستشفيات والعيادات النفسية بولاية الخرطوم وبقية الولايات.

ABSTRACT

The objective of this section is to identify whether cognitive behavioral therapy adapted from the theory of Alexander Kelly plus his drugs effective in the treatment of depressed patients in hospitals and psychiatric clinics in Khartoum state.

Find sample was selected in a way (intentional) where the sample was 100 per capita, (106 males, 44 females), aged (18 – 69). The researcher used the experimental method, as there was three tools to search a (Beck Depression Scale – case study – therapeutic program). Was divided respondents into two categories, Category I was the experimental group which that category that have been treated by cognitive behavioral therapy in addition to antidepressants (dual therapy) and the number of such sample 70 people, and the other category was the control group, a group that I use in the treatment only anti depressants. After the completion of the program of cognitive behavioral therapy for the initial class researcher used a statistical treatments (T) test for two samples linked, and test (P) to see variance.

The research found that:–

1 – there were statistically significant differences in the effectiveness of the application of cognitive–behavioral therapy

program with eating antidepressant medications (dual therapy) and ABG control for those who did not receive any kind of psychotherapy. By Beck Depression Scale.

٢– No statistically significant differences in the effectiveness of the application of the use of anti depressants only as a depression treatment through the use of metrics Beck Depression.

٣– No statistically significant differences attributable type (Male – Female) the use of cognitive behavioral therapy with medication antidepressant.

٤– Found that whenever the patient's age was the youngest Whenever there has been an improvement of the degree of depression through the use of cognitive–behavioral therapy.

٥– Show that there are no statistically significant differences attributed the educational level of the group.

٦– No statistically significant differences period of illness attributable to the group.

One of the most important recommendations mainstream cognitive behavioral therapy in depressed patients in hospitals and psychiatric clinics in Khartoum state and all of the states.

فهرس المحتويات

الموضوع	رقم الصفحة
الآية	أ
الشكر والعرفان	ب
الإهداء	ت
مستخلص الدراسة باللغة العربية	ث
مستخلص الدراسة باللغة الإنجليزية	ح
فهرس المحتويات	د
فهرس الجداول	ر
الفصل الأول: الإطار العام للبحث	١
المقدمة	٢
مشكلة البحث	٣
أهمية البحث	٥
أهداف البحث	٦
فروض البحث	٧
حدود البحث	٨
مصطلحات البحث	٨
الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة	١١
أولاً: الإطار النظري	١٢
المبحث الأول: الاكتئاب	١٢
المبحث الثاني: العلاج المعرفي السلوكي	٤٠
المبحث الثالث: نظرية الكسندر كيلي	٥٦

٦٧	ثانياً: الدراسات السابقة
٧٤	الفصل الثالث
٧٤	أولاً: منهج البحث
٧٥	ثانياً: أدوات البحث
٧٦	ثالثاً: مجتمع وعينة البحث
٧٨	رابعاً: وصف مقياس بيك
٨١	خامساً: البرنامج العلاجي
٩٧	الفصل الرابع
٩٨	عرض النتائج ومناقشتها
١١٠	الفصل الخامس: الخاتمة
١١١	الخلاصة
١١٢	التوصيات
١١٣	المقترحات
١١٤	المصادر والمراجع
١١٨	الملاحق
١١٩	ملحق رقم (١)
١٢١	ملحق رقم (٢)
١٢٨	ملحق رقم (٣)
١٢٩	ملحق رقم (٤)

فهرس الجداول

رقم الجدول	رقم الصفحة	عنوان الجدول
١	٣٢	الأشخاص المستهدفين
٢	٧٩	درجة الاكتئاب بمقياس أرون بيك
٣	٨٢	المراحل العلاجية
٤	٨٤	السلبيات والايجابيات
٥	٨٦	الحدث والفكرة والانفعال
٦	٨٧	أجندة عمل كل جلسة
٧	٨٨	نوع الفكرة والاحساس لدي المريض
٨	٨٩	المواقف والعواطف غير السارة
٩	٨٩	الاحساس بالفكرة ودرجة الاعتقاد بها
١٠	٩٠	الجدول الزمني للاعمال
١١	٩١	تقسيم العمل لخطوات
١٢	٩٣	فوائد ومضار الافكار
١٣	٩٤	الافكار والدليل علي صحتها
١٤	٩٨	اختبار (ت)
١٥	١٠٠	استخدام اختبار (ت)
١٦	١٠٢	اختبار (ف)
١٧	١٠٤	استخدام اختبار (ت)
١٨	١٠٦	العلاقة بين الاكتئاب والمستوي التعليمي
١٩	١٠٨	استخدام اختبار (ف)

الفصل الأول

الإطار العام للبحث

الفصل الأول

المقدمة

يعد مرض الاكتئاب إحدى الحالات النفسية الشائعة في العالم..

ولذا كان من الأهمية بمكان أن يكون متصديراً في مستويات البحث النفسي من حيث تفسير المرض وعوامل نشأته وكذلك طرق علاجه.

ومن خلال القراءة في الدراسات التي تناولت الاكتئاب وطرق علاجه وجد أن مدرسة العلاج المعرفي السلوكي ذات التوجه نحو التدريب على السلوك المعرفي وتبنى مهارات اجتماعية جديدة تقلل من الاضطرابات ذات الدلالة الاكتئابية وذلك بتعديل التفسيرات والاستنتاجات الخاطئة وإحلالها بأفكار ذات طابع عقلائي.

ومن خلال المعيشة في الحياة اليومية نجد أن المشاعر المضطربة للناس ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالأفكار غير المنطقية.

وتعد إستراتيجية التناول المعرفي للتعامل مع التفاعل الاجتماعي من أهم الاستراتيجيات الإيجابية في قدرة الفرد على التكيف مع البيئة المحيطة له ، والتي تدعم المساندة الاجتماعية للمريض.

وتزداد حاجة الناس في هذا العصر إلي طرق وأساليب سهلة ومبسطة يمكن اللجوء إليها عند الشعور بالإحباط وعند مواجهة المشاكل التي تحتاج إلي الاسترخاء وإعادة تنظيم الأفكار حتى يصل الفرد إلي إعادة صياغة وترتيب أفكاره وأهدافه وتخليصه من الاضطرابات النفسية والانفعالات السلبية النابعة عن ضغوط الحياة واختلال التوازن والقدرة علي التوافق النفسي والاجتماعي.

ويتميز العلاج المعرفي السلوكي بأنه يتناول كل الاضطرابات الانفعالية التي تولدها الأفكار وهي طريقة من طرق أنواع العلاج النفسي التي تتسم بأنها نشطة ومباشرة من كلا الطرفين المعالج والمريض ، حيث يبين المعالج للمريض أساس اضطرابه وانه قادر علي مناقشة الأفكار وتغيير أفكاره غير العقلانية المسببة للاضطراب ، كما يتم فيها تعليم المريض تعليمه مهارات ليصبح قادراً علي التعامل مع مشكلاته. وتعد الأساليب النفسية الكلاسيكية في علاج الاكتئاب مستهلكة ومكلفة مقارنة بالعلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى ذلك لا يمكن علاج كل المرضى بواسطة العقاقير؛ فالنساء الحوامل ، والمرضى ذوي الاضطرابات الحادة ، وكذلك المرضى المسنين غالباً يستصعب علاجهم باستخدام الجرعات المناسبة والأمنة من مضادات الاكتئاب وقد تكون الآثار الجانبية للعلاج الدوائي مثيرة لما يكفي من الآسي ، بما يجعل المرضى لا يستمرون في العلاج ، كذلك نجد أن تقديرات الاستجابة للدواء ربما تضخمت تناسبياً مع كثرة انسحاب غير المستجيبين للعلاج. ولذا أثر الباحث أن يتناول مبحث الاكتئاب ، وأن يكون المنهج المعرفي السلوكي هو توجهه في طريقة العلاج.

مشكلة البحث

يمكن بلورة المشكلة في التساؤلات الآتية:

١- ما مدي فاعلية تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي علي مرضي

الاكتئاب؟

٢- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في فاعلية تطبيقية برنامج العلاج السلوكي المعرفي مع تناول الأدوية المضادة للاكتئاب (العلاج المزدوج) والمجموعة الضابطة للذين لم يتلقوا أي نوع من أنواع العلاج النفسي . من خلال مقاييس بيك للاكتئاب؟

٣- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في فاعلية تطبيق استخدام مضادات الاكتئاب فقط كعلاج مرض الاكتئاب من خلال استخدام مقاييس بيك للاكتئاب؟

٤- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزي النوع (ذكر - أنثي) لدى استخدام برنامج العلاج المعرفي السلوكي مع تناول الأدوية المضادة للاكتئاب؟

٥- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزي العمر لدى استخدام برنامج العلاج المعرفي السلوكي مع تناول الأدوية المضادة للاكتئاب؟

٦- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزي (المستوي التعليمي) لذات المجموعة؟

٧- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزي (فترة المرض) لذات المجموعة؟

أهمية البحث

تزايد الاهتمام بدراسة العمليات المعرفية وعلاقتها بالجوانب والوظائف النفسية التي تقوم على إعادة تشكيل البنية المعرفية للمريض من خلال مجموعة من المبادئ والإجراءات تقوم على أن العوامل المعرفية تؤثر في السلوك.

ويتفق علماء النفس على أن البشر يتفقون على غايات مشتركة كالمحافظة على الحياة والإحساس بالسعادة والتحرر من الألم ، وأن الفكرة المعرفية تتكون من التفكير بطرق تسهم في تحقيق تلك الأهداف وعدم استخدام المنهج العقلاني يقف حجر عثرة في سبيل تحقيق هذه الأهداف.^١

وتأتي أهمية هذا المبحث في كونه يقدم برنامجاً جديداً مقترحاً من مدرسة العلاج المعرفي السلوكي (نظرية الكسندر كيلي) وذلك لعلاج مرضي الاكتئاب. ويعد هذا البرنامج إطار جديد لتفعيل نظرية العلاج المعرفي السلوكي تجريبياً وإنزالها أرض الواقع.

ولعل الباحث قد ساهم في إيجاد طريقة ووسيلة تساعد العقاقير الطبية المستخدمة في علاج الاكتئاب.

ولعل البيئة السودانية كانت أرضاً خصبة للمنهج التجريبي لما لها من تعدد للثقافات والإرث الاجتماعي الفريد الذي يميز كل مجتمع محلي ينتمي إلي تلك البيئة. ولعل اختيار الباحث لولاية الخرطوم كان من التجمع الهائل لكل تلك الثقافات المختلفة في هذه الولاية.

^١ - عبد الستار إبراهيم ١٩٩٤م العلاج النفسي المعرفي الحديث ، أساليب ومبادئ تطبيقه- القاهرة- مكتبة النهضة- الطبعة الأولى

أهداف البحث

إن البحث في مجال علم النفس العلاجي أصبحت تنزید وذلك للتعرف علي طرق وبرامج جديدة لعلاج كثير من الأمراض النفسية .
لذلك يهدف هذا البحث إلي الوقوف بجانب مرضی الاكتئاب ووضع خطة علاجية هادفة لهم .

وتتضح الأهداف في النقاط الآتية :-

- ١- التعرف علي الفروق الدالة إحصائيا في فاعلية تطبيق برنامج العلاج السلوكي المعرفي مع استخدام مضادات الاكتئاب والمجموعة الضابطة الذين لم يطبق عليهم أي نوع من العلاجات النفسية من خلال تطبيق مقياس بيك للاكتئاب .
- ٢- التعرف علي الفروق الدالة إحصائيا في فعالية تطبيق استخدام مضادات الاكتئاب فقط لعلاج الاكتئاب من خلال مقياس بيك للاكتئاب .
- ٣- التعرف علي الفروق الدالة إحصائيا التي تغزي النوع (ذكور - إناث) - العمر - المستوي الأكاديمي - فترة المرض لدي استخدام برنامج العلاج المعرفي السلوكي مع تناول الأدوية المضادة للاكتئاب.

فروض البحث

- ١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في فاعلية تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي مع استخدام مضادات الاكتئاب والأشخاص الذين لم يتلقوا أي نوع من أنواع العلاج النفسي لمرض الاكتئاب.
- ٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استخدام مضادات الاكتئاب فقط كعلاج للاكتئاب من خلال استخدام مقياس بيك للاكتئاب .
- ٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزي العمر لمجموعة المرضى الذين تم التطبيق عليهم برامج العلاج المعرفي السلوكي لهم بالإضافة لاستخدامهم مضادات الاكتئاب .
- ٤- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزي النوع لمجموعة المرضى الذين تم التطبيق عليهم برامج العلاج المعرفي السلوكي لهم بالإضافة إلي تناولهم مضادات الاكتئاب .
- ٥- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزي المستوي التعليمي لمجموعة المرضى الذين تم التطبيق عليهم برنامج العلاج المعرفي السلوكي لهم مع تناولهم مضادات الاكتئاب .
- ٦- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزي فترة المرض لمجموعة المرضى الذين تم تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي عليهم مع تناولهم مضادات الاكتئاب.

حدود البحث

الحدود المكانية :- المستشفيات والعيادات النفسية بولاية الخرطوم

الحدود الزمنية :- ٢٠٠٨م - ٢٠١٣م

المصطلحات والتعريفات الإجرائية للبحث

العلاج السلوكي المعرفي:

التعريف الإجرائي: هو إزالة الأعراض المرضية مباشرة دونالبحث عن الصراعات النفسية والصدمات التي تحت أثناء فترة الطفولة كما متبع في التحليل النفسي ، ولكن هذا العلاج يهتم بالناحية المعرفية للفرد.
الاكتئاب:

التعريف النظري: هو حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة ، وتعتبر عن شيء مفقود وإن كان المريض لا يعي شيئاً عن حزنه.^١
التعريف الإجرائي: الاكتئاب في هذا المبحث هو مرض مشخص من قبل أخصائي طب نفسي وحول صاحبي للعلاج بالوحدة النفسية سواء بالمستشفيات أو بالعيادات الخاصة.^٢

^١ - حامد عبد السلام ظهران ١٩٨٧م- قاموس علم النفس- القاهرة- عالم الكتب الطبعة الأولى.

^٢ - حسين فايد ١٩٩٩م- العدوان والاكتئاب في العصر الحديث- مكتبة الدراسات العليا جامعة النيلين - الناشر مؤسسة حورس

الدولية للنشر والتوزيع - الإسكندرية - مصر

الدراسة النظرية:

مفهوم النظرية : النظرية طائفة من الآراء التي تحاول تفسير الوقائع العلمية أو الظنية أو البحث في المشكلات القائمة على العلاقة بين الشخص والموضوع أو السبب والمسبب. وتعني النظرية في الدراسات الإنسانية التصورات أو الفروض التي توضح الظواهر الاجتماعية التي تأثرت بالتجارب والأحداث والمذاهب الفكرية والبحوث العلمية التطبيقية.

والنظرية عبارة عن مجموعة من المفاهيم والتعريفات والافتراضات التي تعطينا نظرة منظمة لظاهرة ما عن طريق تحديد العلاقات المختلفة بين المتغيرات الخاصة بتلك الظاهرة ، بهدف تفسير تلك الظاهرة والتنبؤ بها مستقبلاً ، ويمكن نقدها.

وتزداد النظرية صحة عندما تقدم تنبؤات بشأن ظواهر غير مثبتة بعد ، ثم تأتي التجارب بإثباتها، فنظرية النسبية العامة مثلاً تنبأت بانحرافات دقيقة في مدار الكوكب عطارد لم تكن مرصودة بعد ، وتم التحقق من ذلك بعد ظهور النظرية مما أعطاهم مصداقية أكبر.

الدراسة التجريبية:

الدراسة التجريبية هي المفاهيم التي يتوصل إليها الباحث بناءً على ملاحظته لتجربة أو مجموعة تجارب أو حدث أو مجموعة أحداث وعلى الرغم من اختلاف الباحثين لمفهوم النظرية لكنها في معظمها تتفق على أن الهدف منها هو الوصول إلى استنتاجات علمية تصف علاقات وظيفية بين متغيرات يتم قياسها أو استقراءها ويسبق ذلك فروض علمية يضعها الباحث لمعرفة العلاقة بين تلك المتغيرات بهدف الوصف أو التنبؤ أو التحكم في الظاهرة المدروسة.

ويهدف المنهج التجريبي أيضاً للوصول للمعرفة ، استناداً إلى البحوث وإلى الطرق الاستدلالية.^١

مرضي:

المرض (يُشار إليه أحياناً باعتلال الصحة أو السقم) وهو كون الفرد في حالة صحية ضعيفة. ويُعتبر المرض أحياناً كلمة مرادفة لمصطلح داء ، لكن يؤكد البعض الآخر أن هناك فروقاً دقيقة بين المعنيين.

ووفقاً لتعريف منظمة الصحة العالمية، تشمل الحالة الصحية الجيدة " [...] حالة اكتمال السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية، وليس مجرد الخلو من المرض أو الوهن". وفي حال عدم تحقق تلك الشروط ، يمكن اعتبار المرء يعاني من مرض ما أو به سقم. وتُستخدم الأدوية وعلم الصيدلة في علاج أعراض المرض أو الحالات الطبية، أو التخفيف منها. ويُستخدم مصطلح الإعاقة المرتبطة بالنمو لوصف الإعاقات الحادة التي تستمر مدى الحياة والتي تُعزى إلى الاعتلال العقلي أو الجسدي.^٢

ولاية الخرطوم:

تقدر مساحة ولاية الخرطوم بحوالي ٢٢ ألف كيلومتر. وهي تقع بين خطي ٣١,٥ - ٣٤,٤٥ درجة شرقاً ، وخط عرض ١٥,٨ - ١٦,٤٥ درجة شمالاً. تجاور ولاية الخرطوم من ناحية الشرق ولايتي القضارف وكسلا ، ومن الغرب ولاية شمال كردفان ، ومن الشمال ولاية نهر النيل ومن الجنوب ولايتي الجزيرة والنيل الأبيض.

تتكون ولاية الخرطوم من سبع محليات وهي:

أم درمان - أمبدة - كرري - الخرطوم - جبل أولياء - بحري - شرق النيل.^٣

^١ - www.wikipedia.org/ النظرية والتجريبية

^٢ - www.wikiedia.org/ مرضي

^٣ - [www.google.com/Sudan/Khartoum state description](http://www.google.com/Sudan/Khartoum%20state%20description).

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

أولاً : الإطار النظري

المبحث الأول: الاكتئاب – THE CONCEPT OF DEPRESSION

مقدمة:

يمثل تعريف الاكتئاب صعوبة كبيرة حيث أن مصطلح الاكتئاب له معان كثيرة ، فيستخدم مصطلح الاكتئاب بواسطة الكثير من الناس لوصف انفعالاتهم عند الشعور بالحزن أو قلة النشاط ، ولكن لا يعنى المعاناة من الشيء أننا نفهم كنهه وأسراره ومن ثم فإننا نترك للعلماء والمتخصصين فرصة تعريفنا به بصورة تحقق لنا معرفة شروط حدوثه وما يصاحبه من علامات واضحة أو غير واضحة.

فالاستخدام المهني لمصطلح (اكتئاب) له مستويات مرجعية عديدة ، منها عرض SYMPTOM ، وزملة أعراض SYNDROME ، واضطراب تصنيفي NOSOLOGICAL DISORDER فالإكتئاب يمكن أن يكون عرضاً مثل الحزن ، وكزملة أعراض حيث يكون الاكتئاب مجموعة من الأعراض تتجمع معاً مثل (الحزن والمفهوم السلبي للذات واضطراب النوم والشهية) وزملة أعراض الاكتئاب هي نفسها اختلال نفسي ولكنها قد توجد كذلك بشكل ثانوي في اضطرابات تشخيصية أخرى.

والاكتئاب كاضطراب تصنيفي يعنى أن وحدة تصنيفية منفصلة سوف تثبت في النهاية انها متميزة من ناحية الأسباب المرضية وسير الحالة والتنبؤ بها والاستجابة للعلاج عن وحدات منفصلة أخرى.

إضافة إلى ذلك فإن مصطلح الاكتئاب يأخذ أنظمة ثنائية مثل التفاعل مقابل الاستقلالي REACTIVE VERSUS ATUONOMOUS والعصابي مقابل الذهاني NEUROTIC VERSUS PSYCHOTIC وأولى مقابل ثانوي PRIMARY VERSUS SECONDARY وخارجي مقابل داخلي EXOGENOUS VERSUS ENDOGENOUS وأحادي القطبية مقابل ثنائي القطبية UNIPOLAR VERSUS BIPOLAR ومبرر مقابل بدني JUSTIFIED . VERSUS SOMATIC

ويتضح من العرض السابق أن مفهوم الاكتئاب له معان كثيرة تجعل من الصعب تحديده أو تعريفه ، لذا سوف نتناول مفهوم الاكتئاب من حيث التعريفات الواردة في المعاجم والموسوعات العلمية ، ومن حيث أعراضه وعلاقته ببعض الانفعالات الأخرى ، وتصنيفاته ، والنظريات المفسرة له.^١

• تعريف الاكتئاب وفقاً لما ورد في المعاجم والموسوعات العلمية

يعرف إنجرام الاكتئاب بأنه اضطراب مزاجي أو وجداني يتسم بانحرافات مزاجية تفوق التقلبات المزاجية الأخرى.

١- العدوان والاكتئاب في العصر الحديث د/ حسين فايد- مكتبة الدراسات العليا جامعة النيلين - الناشر مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع - الإسكندرية - مصر

ويلاحظ من التعريف السابق أنه ركز على الاكتئاب كعرض يتمثل في الاضطراب المزاجي ، وهذا العرض خاص بالاكتئاب العصبي دون الاكتئاب الذهاني الذي يتسم بوجود هذات أو هلاوس.

وتفادياً للقصور الموجود في تعريف [إنجرام] فقد عرف فرج طه وآخرون الاكتئاب بأنه حالة من الاضطراب النفسي تبدو أكثر ما تكون وضوحاً في الجانب الانفعالي لشخصية المريض حيث يتميز بالحزن الشديد واليأس من الحياة ووخز الضمير وتبكيته على شرور لم ترتكبها الشخصية في الغالب بل تكون متوهمة إلى حد بعيد .. وكثيراً ما تصاحب حالات الاكتئاب هذات وهلاوس تستندها وتدعمها، وحالات الاكتئاب لا تصيب الوظائف الذهنية باضطراب خطير ، ولا يتخلف عنها تدهور عقلي ، كما أن نسبة الشفاء منها أعلى من غيرها من الأمراض النفسية الأخرى.

ويلاحظ من تعريف [فرج طه وآخرون] أنه تناول الاكتئاب من حيث الأعراض سواء كانت تلك الأعراض مزاجية أو ذهانية ولكنه لم يتطرق إلى تناول الاكتئاب بوصفه زملة أعراض . وهذا ما تناوله [مارسيلا ٢٤٢:١٩٩٦] حيث يرى الاكتئاب باعتباره مصطلح لوصف مزاج وعرض وزملة أعراض خاصة بإضرابات وجدانية ، فالإكتئاب كمزاج يشير إلى حالة عابرة من الشعور بالحزن والكآبة واليأس وفقدان السعادة والتعاسة أو انقباض الصدر ، أما الاكتئاب كعرض يشير إلى شكوى غالباً ما تصاحب مجموعة من المشكلات البيولوجية النفسية الاجتماعية . والاكتئاب كزملة أعراض يشير إلى طائفة أعراض من الاختلالات البيولوجية النفسية التي تختلف في التكرار والشدة والفترة الزمنية.

وهذا ما دعمه [روكلين ١٣٧:١٩٩٨ ROECKELEIN] حيث يرى أن الاكتئاب هو حالة مزاجية تتسم بإحساس بعدم القيمة والشعور بالكآبة والحزن والتشاؤم ونقص النشاط ، وتتضمن الاضطرابات الاكتئابية طيفاً من الاختلالات النفسية التي تختلف في التكرار والمدة والشدة.^١

ويتضح من عرض تعريفات الاكتئاب الواردة في المعاجم والموسوعات العلمية انه يمكن النظر للاكتئاب كمزاج أو عرض أو زملة أعراض ، ولكي نتعرف على مفهوم الاكتئاب بشكل أكثر عمقاً يجب عرض سمات أو أعراض الاكتئاب.

• أعراض الاكتئاب : SYMPTOMS OF DEPRESSION

من أجل المساعدة في توضيح مفهوم الاكتئاب وافق الباحثون بصفة عامة على مجموعة من الأعراض المرتبطة بالاكتئاب، فالإكتئاب يعبر عن مجموعة من الأعراض المركبة التي يطلق عليها العلماء مفهوم الزملة الاكتئابية

Depressive Syndrome

وتتمثل أعراض الاكتئاب في أربع فئات رئيسية هي :-

١- أعراض المزاج: Mood Symptoms

وتعتبر تلك الأعراض بمثابة الشكل المحدد والأساسي للاضطرابات الوجدانية ، مثل حدوث مزاج حزين معظم اليوم ، تقريباً كل يوم لمد أسبوعين على الأقل.

^١ - طارق أحمد عكاشة-٢٠٠٣ - الطب النفسي المعاصر-الأنجلو المصرية-القاهرة

٢- الأعراض الدافعية: Motivation Symptoms

وتمثل الأشكال السلوكية التي تشير إلى توجه نحو الهدف . فالناس المكتئبون غالباً ما يعانون قصوراً في هذا المجال ، وقد يكون لدى البعض صعوبة شديدة في القيام بأدنى عمل.

٣- الأعراض البدنية: Somatic Symptoms

وتشير إلى التغيرات الجسمية التي قد تصاحب الاكتئاب وتشمل تغيرات في أنماط النوم والشهية والاهتمام الجنسي.

٤- الأعراض المعرفية: Cognitive Symptoms

وتشير إلى عدم قدرة الفرد على التركيز دائماً واتخاذ القرار وكيفية تقويمهم لأنفسهم.

ويلاحظ من عرض الفئات الأربع السابقة لأعراض الاكتئاب أنها أغفلت جانب العلاقات الاجتماعية في حياة الفرد المكتئب وهذا ما تم معالجته بواسطة (سترونجمان ١٧٣:١٩٩٦, Strongman) ، الذي نظر للاكتئاب على أنه متضمناً خمس مجموعات من السمات هي:

١- مزاج حزين وفتور الشعور

٢- مفهوم سلبي عن الذات يتضمن تأنيب الذات ولومها

٣- رغبة في تجنب الأشخاص الآخرين

٤- فقدان الشهية العصبي والرغبة الجنسية.

٥- تغير في مستوى النشاط عادة في اتجاه الكسل ، وأحياناً في شكل استشارة.^١

وإذا تناولنا سمات الشخصية الاكتئابية نجد أن هناك اتفاقاً بين علماء النظريات والإكلينيكين على مدار ٧٥ عاماً بأن الشخصية الاكتئابية تتسم بالتشاؤم Pessimism وإنكار الذات Self-denial والكآبة Gloom والخضوع Submission ولوم الذات Self-blame.

وتوحي الأدلة العلمية بأن مستوى تقدير الذات Self esteem والاستقلالية Autonomy غالباً ما يلعبان أدوراً مرضية في الاكتئاب.

وتجدر الإشارة في هذا الصدد إلي أن أعراض الاكتئاب قد تختلف من فرد إلي آخر، فالبعض قد يتخذ لديهم الاكتئاب شكل أحاسيس قاسية من اللوم ، وتأنيب الذات . ويجئ عند البعض الآخر مختلطاً مع شكاوي جسمانية ، وأعراض بدنية بصورة قد لا تعرف الفرق بينهما . ويعبر البعض عنه في شكل اليأس ، والتشاؤم ، والملل السريع ، من الحياة والناس . وربما تجتمع كل هذه الأعراض وتختلط مع غيرها من أعراض نفسية وجسمانية أخرى.^٢

وعلي صعيد آخر ، نجد أن أعراض الاكتئاب تختلف من مجتمع إلي آخر ، وهذا ما يسمى بمفهوم الاكتئاب القومي National depression فقد أشارت البحوث غير الثقافية إلي أن كثيراً من الأعراض المرتبطة بالاكتئاب في العالم الغربي ليست بالضرورة جزءاً من الخبرة الاكتئابية في الثقافات غير الغربية خاصة أعراض

^١ - عبد العلي الجسماني-١٩٩٨م الاضطرابات النفسية، تاريخها وأعراضها وعلاجها- الدار العربية بيروت-الطبعة الأولى

^٢ - حامد عبد السلام زهران١٩٨٨م- الصحة النفسية والعلاج النفسي- القاهرة- عالم الكتب- الطبعة الثانية

الشعور بالذنب ، والشعور باليأس وتقدير الذات السلبي . وعلي النقيض يبدو أن الشعوب غير الغربية – مثل مصر – قد يظهر الاكتئاب في شكل أمراض بدنية أو فقدان الشهية ، الأمر الذي يجعل المريض يلجئون في البداية إلي الطبيب البشري (لمزيد من التفاصيل انظر ١٩٩١ : Ibrahim & Alnafie ١٩٩٦ ،)^١ marsella ويتضح من العرض السابق لسمات أو أعراض الاكتئاب مدى تنوع تلك الأعراض وتباينها من فرد لآخر ، ومن ثقافة لآخري ، ولكن ما يهمنا في إطار الدراسة الحالية التعرف علي العلاقة بين صور التعبير عن العدوان وتلك الأعراض الاكتئابية المتنوعة.

العلاقة بين الاكتئاب والقلق :

Relationship between Depression and Anxiety

اختلفت الآراء حول العلاقة بين الاكتئاب والقلق حيث ذهب بعض الباحثين إلي أن الاكتئاب يعتبر اضطراباً محدداً ، وذهب البعض الآخر إلي أن الوجدان الاكتئابي مرتبط بحالات وجدانية أخرى ، واقتراحات فئة ثالثة من الباحثين أن الاكتئاب والقلق إضرaban مختلفان يتقاسمان بعض الأعراض العامة (١١٤ : ١٩٩٤ ، Ingram) . كما تقترح فئة رابعة من الباحثين أن القلق هو الاستجابة المبدئية لموقف ضاغط ، وإذا حدث أن تعتقد الموقف لدرجة لا يمكن التحكم فيه ، فأن القلق يتم استبداله بالاكتئاب (١٧٣ ، ١٩٩٦ Strongman) . وحديثاً اقترح علماء النفس الإكلينيكيين أن الاكتئاب والقلق يتقاسمان عامل أسي عام (A general distress factor) ، وهذا العامل العام يفسر الكثير من التداخل بين الاكتئاب والقلق ، ويتكون هذا الأسي العام من مستويات مرتفعة من الوجدان السلبي (٢١):

^١ - ليندزاي ، بول- ٢٠٠٠م علم النفس الإكلينيكي للراشدين- ترجمة صفوت فرج- القاهرة- مكتبة الأنجلو المصرية

١٩٩١ ، Montgomery) .ووفقاً لرأى علماء النفس الإكلينيكي الحديث ، فإن ما يميز الاكتئاب من القلق هو أنه عند التعرض لموقف ضاغط أو أسي ، فإن الوجدان الإيجابي يظل موجوداً في القلق دون الاكتئاب . وهكذا فإن الغياب النسبي للوجدان الإيجابي ، أو وجود استشارة فسيولوجية يسمح للباحثين بعمل تميز بين الاضطراب الاكتئابي واضطراب القلق .(Ingram ١١٤،١٩٩٤).^١

تصنيف الاكتئاب : Classification of Depression

تطور خلال الفترات الماضية عدد من أنظمة التصنيفات المتنافسة الخاصة بالاكتئاب، ويرجع هذا الأمر لتباين التوجيهات والتنبؤات النظرية لعلماء النظريات الإكلينيكية . وتؤكد هذه الأنظمة علي تصنيف وحدودي Unitary (ذو علاقة بوحدة أو وحدات) ، ومزدوج Dualistic وتنوعي pluralistic وافتراضات تشخيصيه . Diagnostic assumptions .

ويفترض المجال الوحدوي أنه يوجد نمط واحد أساساً للاكتئاب الذي يختلف في شدته. ووفقاً لذلك المجال يمكن تصنيف الاكتئاب إلي ثلاثة مستويات هي : ضعيف، ومعتدل، وشديد.

ويفترض المجال المزدوج أنه يوجد نمطان من الاكتئاب ، حيث يشمل النمط الأول الإضرابات التي لها أسباب مرضية واضحة واستمرارية قصيرة المدى، وعواقب خفيفة نسبياً

أما النمط الثاني فيشمل تلك الإضرابات ذات الأسباب المرضية البيولوجية ، والفترات طويلة المدى ، والعواقب السيئة نسبياً . ومن بين تلك الأنماط

١- زاهية حمد عبد الله-٢٠٠٢م- برنامج مقترح للعلاج المعرفي السلوكي لمرضي القلق- دراسة تجريبية بمستشفيات الأمراض النفسية بالعاصمة القومية- ماجستير-النيلين

المزدوجة الاكتئاب التفاعلي في مقابل الاكتئاب الاستقلالي، والاكتئاب العصبي في مقابل الاكتئاب الذهاني ، والاكتئاب غير المرتبط بالشعور بالذنب Justified depression في مقابل الاكتئاب السيكوسوماتي .

وتشمل الأنظمة التعددية للتصنيف نماذج كثيرة من الاضطرابات الاكتئابية. فقد اقترح كرينجر وزملائه Clinker et al أربعة أنماط من الاضطرابات الاكتئابية ، اشتملت علي الاكتئاب الغاضب Angry depression واكتئاب الفراغ Empty depression والاكتئاب القلق Anxious depression ، والاكتئاب الهيبوكوندريا Hypochondria (٢٤٣ : ١٩٩٦ ، Through: Marsella) ويساند كتيب التشخيصي الإحصائي الرابع (١٩٩٤ ، DSL -IV) الرأي التعددي لاضطرابات الاكتئاب.^١

أعراض الاكتئاب:

أعراض الاكتئاب وفقاً لكتيب التشخيص الإحصائي الثالث المرجع (DSM-٢٠٠٤):

١. المزاج الحزين أغلب اليوم ، تقريباً كل يوم.
٢. انخفاض ملحوظ في الاهتمام والسعادة في كل شي وفي الأنشطة في أغلب اليوم تقريباً كل يوم.
٣. زيادة أو نقص ملحوظ في الوزن دون عمل رجين ، ومن ناحية أخرى نقص أو زيادة حادة في الشهية تقريباً.
٤. أرق أو أرق مفرط.
٥. الهبوط أو التهيج النفسحركي تقريباً.

^١ - ليندزاي ، بول- ٢٠٠٠م علم النفس الإكلينيكي للراشدين- ترجمة صفوت فرج- القاهرة- مكتبة الأنجلو المصرية

٦. الإرهاق أو التعب أو نقص الطاقة تقريباً كل يوم.
٧. مشاعر عدم القيمة أو الشعور المفرط أو الغير ملائم بالذنب.
٨. ضعف القدرة علي التفكير أو التركيز.
٩. وجود أفكار عن الموت أو تصور الانتحار دون خطة خاصة أو محاولة الانتحار أو خطة محددة للإقدام علي الانتحار.^١

ووفقاً لما سبق نجد أنه يوجد عدد من صيغ التصنيف التي تسعى لتمييز ما يبدو أنواعاً متباينة من الاكتئاب ، وفي إطار الدراسة الحالية سوف يعرض الباحث الأنواع الرئيسية للاكتئاب - مع مراعاة أنه يوجد بعض التداخل بين التصنيفات المختلفة علي النحو التالي:

الاكتئاب العادي والاكتئاب الإكلينيكي الفرعي والاكتئاب الإكلينيكي :

يتمادي الاكتئاب في أوسع مستوي له علي متصل يبدأ بالاكتئاب العادي ، ثم الاكتئاب إكلينيكي الفرعي، وينتهي بالاكتئاب الإكلينيكي.

* الاكتئاب العادي:

فيشير الاكتئاب العادي Normal depression إلي تقلبات المزاج التي يخبرها كل فرد، ويعبر عنها عادة كمشاعر من الحزن . والاكتئاب العادي يردف بصفة عامة الاكتئاب الذي ينظر إليه كعرض ، وتوجد جميع أعراض الاكتئاب في الاكتئاب العادي فيما عدا المزاج الحزين (Ingram، ١٩٩٤: ١١٤) .

^١ - American Psychiatric Association: Diagnostic criteria from DSM- IVTEM, Washington ٢٠٠٤

* الاكتئاب الفرعي:

ويطلق العلماء علي هذا النوع من الاكتئاب مفهوم الاكتئاب الاستجابة Reactive depression . وهنا يتسم الفرد بأعراض الحالة الاكتئابية ، ويستجيب لها الفرد لظرف البيئة يدعوهُ للاكتئاب . وكأن الاكتئاب هذا كان استجابة أورد فعل لهذا الظرف . وبزوال الظرف تزول حالة الاكتئاب (فرج طه وآخرون ، ١٩٩٣ : ١١٠).

وبالرغم من ثبات النمط المزاجي وعدم تقلبه في الاكتئاب الإكلينيكي الفرعي - علي عكس الاكتئاب العادي - ألا أن الاكتئاب الإكلينيكي الفرعي يعتبر كذلك اكتئاباً عادياً حيث أنه لا يوجد شديداً علي النحو كافي لوضع تشخيصاً أو يستدعي علاجاً (Ingram ١٩٩٤ : ١١٥)

* الاكتئاب الإكلينيكي Clinical depression :

فهو علي النقيض من الاكتئاب العادي أو الاكتئاب الإكلينيكي إلي الاكتئاب شديد إلي حد يتطلب التدخل والعلاج .

وطبقاً لمعايير كتيب التشخيص الإحصائي الثالث (DSM- R - ١١١) فإن الاكتئاب الإكلينيكي لابد أن تتوفر فيه خمسة أعراض علي الأقل من الأعراض التسعة السابقة، وبشرط أن تستمر تلك الأعراض لمدة أسبوعين علي الأقل (DSM-IV).

ويتسم الاكتئاب الإكلينيكي (أو المرضى) بأربع سمات ، هي :

- ١- أكثر حدة .
- ٢- يستمر لفترة طويلة .
- ٣- يعوق الفرد بدرجة جوهريّة عن أداء نشاطاته وواجباته المعتادة .

٤- الأسباب التي تثيره قد لا تكون واضحة ، أو متميزة بالشكل الذي نراه

عند الغالبية العظمى من الناس.^١

ويتضح من العرض السابق أنه توجد ثلاثة أنواع من الاكتئاب (عادي - إكلينيكي فرعي - إكلينيكي) ، والمقصود في الدراسة الحالية هو الاكتئاب الإكلينيكي ، ذلك النوع الذي تم تصنيفه إلى عدة أنواع تطرحها علي الوجه التالي:

١- الاكتئاب أحادي القطبية وثنائي القطبية:

أن أحد التميزات المتفق عليها علي نطاق واسع هو التميز بين الاضطراب أحادي القطبية Unipolar disorder والإضراب ثنائي القطبية Bipolar disorder كنوعين يشتمل عليهما الاكتئاب الإكلينيكي .

فيشير الاكتئاب أحادي القطبية Unipolar depression إلي اضطراب يتسم بحدوث نوبة اكتئاب عظمى واحدة أو أكثر بدون نوبات هوس.

ويشير كتيب التشخيصي الإحصائي الثالث المرجع (DSM - ١١١ - R) إلي أنه لابد من وجود خمسة أعراض علي الأقل من الأعراض التسعة المتضمنة في الجدول (١) ، وبشرط أن تستمر لمدة أسبوعين علي الأقل .

وإذا نظرنا للاكتئاب أحادي القطبية كنوبة اكتئاب عظمى Major depression episode فيجب أن لا تتضمن أعراضه أعراضاً أخرى (مثل الهلوس في غياب أعراض المزاج) . وإذا ما وجدت ، فإن الاكتئاب لا يعتبر التشخيص الأولي ، وسيكون الاكتئاب ثانوياً نتيجة لاضطراب آخر معين . وهذا لاضطراب الأولي الآخر قد يكون اضطراباً نفسياً في طبيعته أو قد يكون مرضاً بدنياً ، (Ingram ١٩٩٤: ١١٦) .

١- إنصاف عوض الكريم حامد ٢٠٠٥م- العلاج السلوكي علي مرضي الاكتئاب دراسة تجريبية علي زوجات المغتربين-رسالة ماجستير- جامعة النيلين

وتجدر الإشارة هنا إلي هناك فئات فرعية من الاضطراب الاكتئابي العظيم .
وأحد هذه الفئات الذي له قيمة خلاصة هو الاضطراب الوجداني الموسمي
Seasonal affective disorder . وهو نوع من الاكتئاب الذي يشيع عند بعض
الأشخاص في بعض شهور السنة خاصة في أشهر الشتاء ، حيث النهار قصيراً
والليل طويلاً ، وبالتالي فإن كمية الضوء المتاحة قد تثير بعض التأثيرات البيولوجية
متمثلة في إفرازات بعض الهرمونات التي ترتبط بالتعرض لفترات طويلة من العتمة
 . ولهذا نجد أن هنالك من ينصح بأن يحاول الشخص المعرض للإصابة الموسمية
بالاكتئاب ، أن يأخذ قسطاً وافياً من أشعة الشمس خاصة قبل غروبها . وتتمثل
أعراض الاكتئاب الموسمي في الرغبة في الانعزال ، والميل للحزن ، مع ميل شديد
للتناول الأطعمة الغنية بالدهون والكربوهيدرات.

كما يتضمن الاكتئاب أحادي القطبية علي الديسثيميا Dysthymia ، ومن
الملاحظ أن الديسثيميا لا تشمل أعراضاً اكتئابية كثيرة مثل نوبة الاكتئاب العظمى ،
فهي شكل من الاكتئاب أكثر لطفاً ، بالإضافة إلي مزاج حزين ، ولكي يتم تشخيص
الديسثيميا لابد من وجود عرضين فقط من الأعراض التالية :-

- (١) ضعف الشهية أو المبالغة في تناول الطعام .
- (٢) أرق أو إفراط في الأرق.
- (٣) انخفاض الطاقة أو الشعور بالتعب .
- (٤) انخفاض تقدير الذات .
- (٥) ضعف التركيز أو صعوبة في القيام بمناقشات .
- (٦) الشعور باليأس (Ingram. ١٩٩٤ : ١١٦) .

ويشير كتيب التشخيص الإحصائي الثالث المراجع - (DSM - ١١١ - R) إلى أن كلاً من الديسثيميا ونوبات الاكتئاب العظمى يمكن أن يوجدان معاً . وهذا الشكل المشترك من الاضطرابات يعرف ((بالاكتئاب الثنائي)) Double depression وحينما تستقر نوبات الاكتئاب العظمى ، فإن الديسثيميا تستمر في العادة .

أما بالنسبة للاكتئاب ثنائي القطبية Bipolar depression فهو اضطراب يتسم عادة مع نوبة اكتئاب عظمى واحدة أو أكثر .

ولكي يتم تشخيص الاكتئاب ثنائي القطبية ، فلا بد أن يخبر الشخص نوبات هوس أصلية بعض فترات الحياة ، هذا بالإضافة إلى أن الشخص قد يعاني من نوبات هوس دون أن يعاني أبداً من نوبة اكتئاب (Ingram . ١٩٩٨: ١١٦) وينظر إلى هذا النوع علي أنه أشد خطراً لأنه لا يصيب مشاعر المريض وعواطفه فحسب ، بل يصيب كثيراً من قدراته الأخرى بما فيه قدرته علي التفكير السليم ، وعلاقته الاجتماعية ، وتشويه إدراكه لذاته وللعالم المحيط به ، ومن ثم قد يصبح المريض خطراً علي نفسه ، بسبب إهماله الشديد لحاجاته الإنسانية ، والحيوية أو بسبب ما قد يرتكبه من أفعال حمقاء ، ضارة به كالانتحار ، ذلك الذي يتوج قمة عجزة ، وإحساسه باليأس .

وكما هو الحال بالنسبة للديسثما في الاكتئاب أحادي القطبية ، نجد السيكلوثيميا Cyclothymia في الاكتئاب ثنائي القطبية تلك التي تتسم وفقاً لمعايير كتيب التشخيص الإحصائي الثالث المراجع (DSM - ١١١ - R - ١٩٨٧)

باختلال المزاج المزمن الذي يستمر لمدة عامين علي الأقل ..ويتضمن نوبات هوس عديدة ، وفترات عديدة من المزاج المكتئب^١

٢- الاكتئاب الذهاني والاكتئاب العصابي :

إن أحد الفروق المستخدمة علي نطاق واسع هي التفرقة بين الاكتئاب الذهني ، والاكتئاب العصبي. فيشير الاكتئاب الذهني Psychotic depression إلي اضطراب مصحوب بأعراض ذهنية كالهذاء والهوسة وعدم الاستبصار والهيلاج والإحساس بالعظمة والاضطهاد (فرج طه وآخرون ، ١٩٩٣ : ١١١) .

أما الاكتئاب العصابي Neurotic depression فيشير إلي إضراب غير مصحوب بالهلوسة (١٧٣:١٩٩٦ Strongman) .

ويطلق أحيانا علي الاكتئاب العصابي مفهوم الاستجابة الاكتئابية

Depressive reaction حيث تسيطر علي المريض حالة من الهم والحزن وعدم الاستمتاع بمباهج الدنيا والرغبة في التخلص من الحياة ، مع هبوط النشاط ونقص الحماس والإنتاج . ويصاحب كل ذلك ارق وإضراب في نوم المريض . والاكتئاب العصبي لا تخف حدته بمرور الوقت كما يحدث للأشخاص الأسوياء ، بل قد يتزايد^٢.

وتجدر الإشارة إلي أن الفرق بين الاكتئاب الذهاني والاكتئاب العصابي هو فرق في الدرجة ، فالأكتئاب الذهني يكون أكثر تطرفاً في جميع النواحي عن الاكتئاب العصابي (١٧٣ : ١٩٩٦ Strongman). إضافة إلي ذلك ، نجد أن التفرقة بين الاكتئاب الذهاني والاكتئاب العصابي تؤدي إلي حيرة ، وتتمثل في أن

^١ - عبد الستار إبراهيم ١٩٩٤م- العلاج المعرفي السلوكي الحديث، أساليب ومبادئ تطبيقه- دار الفجر للنشر والتوزيع- الطبعة(بدون)-القاهرة
^٢ - انصاف عوض الكريم حامده ٢٠٠٥م-ماجستير بعنوان العلاج السلوكي علي مرضي الاكتئاب- دراسة تجريبية علي زوجات المغتربين- مكتبة الدراسات العليا- جامعة النيلين

هاتين الفئتين من الاكتئاب يتميزان عبر عدد من الاختلافات الأخرى . فيرى الاكتئاب الذهني أحيانا انه شديد مثل الاكتئاب داخلي المنشأ بينما يرى الاكتئاب العصبي كأى شي يتمادي من اكتئاب تفاعلي إلي اكتئاب مزمن ثم إلي اكتئاب ثانوي وينتهي باضطراب شخص.^١

وفي الحقيقة توجد معاني ممكنة كثيرة جداً لمفهوم (عصابي) حيث يشير ذلك المفهوم إلي أي اضطراب عصبي له دلالة إكلينيكية ، وهذا الأمر أدى إلي اختفاء ذلك المصطلح في كتيب التشخيص الإحصائي الثالث المراجع (DSM - R - ١١١ - ١٩٨٧) وكتيب التشخيص الإحصائي الرابع (DSM- IV - ١٩٩٤) .^٢

٣- الاكتئاب داخلي المنشأ وخارجي المنشأ :-

يمثل التميز بين هذين النوعين أحد الطرق المستخدمة في تصنيف الاكتئاب . ويقوم هذا التمييز علي افتراضات خاصة بالأسباب الرئيسية للاضطرابات الاكتئابية . فبالرغم من أن أي نوع من أنواع الاضطرابات الاكتئابية يتكون من عنصران نفسي وبيولوجي . إلا انه يعتقد أن الاكتئاب داخلي المنشأ Endogenous يرجع لأسباب بيولوجية تتمثل في سوء أداء فسيولوجي معين ، أما الاكتئاب خارجي المنشأ prevalence فينتج من أسباب بيئية . وغالباً ما يكون من الصعب القيام بهذا التميز (١٧٣ : ١٩٩٦ . Strong man) .

ونستخلص من العرض السابق لتصنيف الاكتئاب ، إن الاكتئاب يرتدي أثواباً متعددة ويجئ في أنواع متباينة يصعب علينا ذكرها بكاملها هنا.^٣

١- ليندزاي، بول ٢٠٠٠م- علم النفس الإكلينيكي للراشدين- ترجمة صفوت فرج- القاهرة- مكتبة الانجلو المصرية

٢- حامد عبد السلام زهران ١٩٩٨م- دراسات في الصحة النفسية والارشاد النفسي- القاهرة- عالم الكتب- الطبعة الرابعة.

٣- عبد الرحمن عثمان ١٩٩٧م-برنامج مقترح للعلاج المعرفي السلوكي لمرضي الاكتئاب ذات مضامين إسلامية -دكتوراه-جامعة أم درمان الإسلامية

النظريات المفسرة للاكتئاب :Theories of Depression

بالنظر لأهمية البحث النفسي لمرض الاكتئاب ، نشطت النظريات الكبرى في عالم النفس لكي تقدم تفسيرها للاكتئاب ، وعوامل نشأته ، وتفسيره.^١ وفيما يلي سوف يعرض الباحث للنظريات المتنوعة التي اهتمت بتفسير الاكتئاب ، ومحاولة تقويم كل نظرية من خلال التعقيب عليها ، وذلك علي النحو التالي:

التفسيرات البيولوجية للاكتئاب Biological Explanation of depression

يرى الكثير من العلماء البيولوجيين أن الاضطرابات الاكتئابية تحدث بسبب عوامل وراثية أو فسيولوجية . واعتماداً علي ذلك سوف يتناول الباحث التفسيرات البيولوجية للاكتئاب وفقاً لمحورين أساسيين هما:

التفسير الوراثي للاكتئاب : Genetic explain of depression :

يرى أنصار التفسير الوراثي أن أفراداً معينين يرثون استعداداً لعمليات بيولوجية مضطربة وقد ركزت معظم التوجهات الخاصة بالمجالات البيولوجية للاضطرابات الوجدانية علي الناقلات العصبية (Ingram. ١٩٩٤ : ١٢٠) وبالرغم من صعوبة تحديد العلاقة الدقيقة بين العامل الوراثي والاكتئاب ، إلا أن البحث في مجال الاضطراب ثنائي القطبية قد كان أكثر نجاحاً بسبب وضوح المعايير التشخيصية ، وتشير دراسات التوائم والتبني إلي أن التركيب الوراثي يبدو أنه يلعب دوراً رئيسياً في نمو الاضطراب الاكتئابي ثنائي القطبية . (Marsella . ١٩٩٦ : ٢٤٣)^٢

١ - عبد الستار إبراهيم ١٩٩٤م-العلاج النفسي المعرفي السلوكي الحديث، أساليب ومبادئ تطبيقه- دار الفجر للنشر والتوزيع- الطبعة (بدون)- القاهرة

٢ - سعد جلال ١٩٩٤م- الصحة العقلية والأمراض النفسية والانحرافات السلوكية- دار الفكر العربي- الطبعة الثانية- القاهرة

التفسير الفسيولوجي للاكتئاب: Physiological explain of depression

يشير أنصار الاتجاه الفسيولوجي إلي أنه يوجد نمطان رئيسيان للنظرية الفسيولوجية للاكتئاب ، يقوم النمط الأول علي أساس اضطراب في الأيض الالكتروليت الخاص بالمرضي المكتئبين ، ويعتبر كالوريد الصوديوم وكالوريد البوتاسيوم هامين بصفة خاصة في الإبقاء علي القدرة الكامنة والتحكم في استثارة الجهاز العصبي. ومن الملاحظ أن الأشخاص العاديين يوجد لديهم صوديوم أكثر خارج النغرون وبوتاسيوم آخر داخله ، ولكن في مرضي المكتئبين يكون هذا التوزيع مضطرباً (Strongman. ١٩٩٦: ١٧٤)

أما النظرية الفسيولوجية الثانية ، فتعتبر الاكتئاب عبارة عن قصور موروث في عنصرين رئيسين من كيمياء الدماغ نوربايين فرين وسيروتونين ، وكلاهما ناقلات عصبية (Beach .١٩٩٨: ٢٠١) .

يتضح من عرض التفسيرات الوراثية والفسيولوجية للاكتئاب وجود أوجه قصور تتضمن تلك التفسيرات ، يمكن أن نوجزها في الآتي :

- ١- بالنسبة للتفسير الوراثي ، نجد أن تحديد العلاقة بين الاستعداد الوراثي والاكتئاب أمر صعب للغاية . وإن كان بعض الباحثين قد نجحوا في فحص تلك العلاقة ، فقد تم ذلك الفحص بالنسبة لحالات الاكتئاب ثنائي القطبية ، أغفلوا فحص تلك العلاقة بالنسبة لباقي أنماط الاكتئاب الأخرى.
- ٢- أما بالنسبة للتفسير الفسيولوجي للاكتئاب ، فنجد أن ذلك التفسير قد أغفل دور بعض العوامل النفسية الاجتماعية مثل أحداث الحياة الضاغطة والعلاقات الزوجية المضطربة - في تفسير الاكتئاب ، خاصة أن مثل تلك العوامل تلعب دوراً هاماً في تطور أو تسير وعلاج الاكتئاب عامة

والاكتئاب ثنائي القطبية خاصة . فقد توصلت الدراسات التتبعية إلي أنه حتى بعد العلاج مرضى الاكتئاب ثنائي القطبية بالعلاج الفارماكولوجي ، فإن حوالي ٤٠% ينتكسون في سنة واحدة ، و ٦٠% في سنتين ، و ٧٣% ينتكسون علي مدار خمس سنوات . كما أشارت النتائج - أيضاً - إلي أنه من بين المرضى الذين لم ينتكسوا ، يوجد ٥٠% منهم علي الأقل يعانون من أعراض باقية دالة علي إضراب المزاج (انظر مثلاً : Gitline et al).^١

التفسيرات التحليلية للاكتئاب: Psychoanalytic explanations of depression

أرجع فرويد الاكتئاب إلي الاحتياجات الفموية للطفل التي إما أن يبالغ في إشباعها أو يقل إشباعها ، ومن ثم فإنه قد تنمو اعتمادية متزايدة في تقدير الذات لديه (١٧٤ : ١٩٩٦ . Strongman) . كما أن الطفل قد يخبر إما فقداً حقيقياً (موت الأم) أو مدركاً لشخص محبوب ، وهذا الفقد يكون مصحوباً بغضب صبياني ولكنه شديد للغاية بسبب الرفض . وإذا لم يستطع الطفل أن يحل أو يستبدل هذا الفقد فإنه ينغمس في النهاية في عملية الاندماج ، ربما كطريقة لإلغاء حيث يسمح الدمج الطفل أن يتوحد مع الشخص المفقود ، ومن ثم يقوم بتحويل الغضب من الخارج إلي الداخل نتيجة الشعور بالذنب لأنه يعتقد أنه الذي تسبب في ذلك الفقد . وهكذا فبدلاً من مواجهة الحزن العادي والحل النهائي الذي يلي الفقد . فإن الصبي الذي يحول الغضب إلي الداخل ينشط مرة أخرى ، ويخضع الشخص إلي اضطراب اكتئابي يتسم بالحزن المكثف ، ولوم الذات ، والشعور بالذنب ، وينمي الطفل أسلوباً شخصياً

^١ - www.elazaym.com/depression/mahmoudabuelazaym

اعتماديا يعتمد إلى حد كبير علي الآخرين بالنسبة لتقدير الذات والقبول (Ingram ١٢٠ : ١٩٩٤). .

وقد اتفق علماء التحليل النفسي مع وجهة النظر ((فرويد)) في الاكتئاب بصفته غضبا موجها ضد الذات ، ولكنهم يختلفون في تحديد الدوافع المحبطة والمثيرة للغضب حيث يراها أبراهام Abraham مرتبطة بالحاجة للإرضاء (أو بالاحري الفشل في الإرضاء) الجنسي والحصول علي الحب . ويرى رادو Rado أن الاكتئاب ما هو إلا صرخة بحث عن الحب . ويصف اوتوفينخل المكتئب بأنه إنسان مدمن للحب . بينما ينظر بيبريتج Brbring للاكتئاب نظرة أكثر شمولية وأكثر عصرية حيث يرى أن الخاصية الرئيسية التي تميز الاكتئاب تتمثل في العجز عن تحقق الحاجات أو الطموحات ، ويرى أن الحاجة إلي الحب والتقدير ما هي إلا واحدة من ثلاثة احتياجات رئيسية ، أما الاحتياجات الأخرى فتشمل الحاجة للقوة والأمان ، والحاجة لمنح الحب (فضلاً من الحصول علي الحب) . ويحدث الاكتئاب نتيجة للفشل أو إرضاء - أو نتيجة لإحباط - أي حاجة من الحاجات الثلاثة السابقة ، والصراع الذي يحدث في الذات ، والمرتبط بفشل إشباع أي منها.^١

فسر أنصار التحليل النفسي الاكتئاب باعتباره تثبيتا علي المرحلة الفموية ، وغضبا موجود عند الذات ، ولكن هنالك بعض أوجه القصور التي تؤخذ علي هذه النظريات تتمثل في الآتي : -

١- لم يحدد فرويد كم الإشباع الذي يعتبره كثيرا جدا أو قليلا جدا في المرحلة الفموية ويؤدي بدوره إلي الاكتئاب .

١- عبد الرحمن عثمان ١٩٩٧م-برنامج مقترح للعلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب ذات مضامين إسلامية- دكتوراه- جامعة ام درمان الإسلامية

٢- كما لم تقدم تلك النظريات تفسيراً حول عدم تحول الحب إلى الداخل كما

يحدث بالنسبة إلى الغضب .

٣- كذلك لم تقدم تلك النظريات تفسيراً للأفراد الذين لم يفقدوا شخصاً محبوباً

ويصبحوا مكتئبين ، أو تفسيراً للأفراد اللذين لم يفقدوا الموضوع ولم

يكتئبوا في نفس الوقت.^١

النظرية المعرفية الاجتماعية في الاكتئاب :-

تفسر هذه النظرية الاكتئاب من خلال مزج وخط مفاهيم التمازج العقلية

والأهداف الشخصية والأدوار الاجتماعية . وترى أن الاكتئاب يمكن أن يفسر

باعتباره فقداناً لقيم أو دوراً اجتماعي لدى الفرد الذي لديه مصادر أخرى قليلة لقيمة

الذات . ويمكن توضيح تلك النظرية في الشكل (١) :-

(أ) الأفراد غير مستهدفين للاكتئاب (ب) الأفراد المستهدفون للاكتئاب

حدث سلبي حدث سلبي

عملية تجديد مزاج / تقدير انهيار عملية تجديد مزاج / التقدير

انفعالات سلبية عابرة تسلط جزئ سلبي لذات ثنائية وجدانية

استبدال للدور / الهدف المفقود اكتئاب

شكل (١)

النموذج المعرفي الاجتماعي في الاستهداف للاكتئاب

يتضح من الشكل (١) أن الفرد المستهدف للاكتئاب يحمل أن يكون لديه مدى

ضيق من أهداف وأدوار ذات قيمة مع مصادر أخرى قليلة لقيمة الذات ، والتهديد

^١ - محمد عبد الرحمن العيسوي ٢٠٠٢م- مجالات الإرشاد والعلاج النفسي- بيروت- الطبعة الأولى- لبنان

بالفقد الفعلي لهدف ذي قيمة كبيرة يمكن أن يؤدي إلي الاكتئاب بسبب عدم وجود مصادر أخرى لها قيمة ذاتية للفرد.

لقد أدمجت تلك النظرية النماذج العقلية والأهداف الشخصية والأدوار الاجتماعية معا في تفسير الاكتئاب ، ولكنها أغفلت دور العوامل البيولوجية في الاكتئاب حيث انه قد يتعرض الفرد لجميع عوامل الاستهداف الخارجية للاكتئاب ، إلا انه لا يقع في الاكتئاب بسبب عدم وجود استعداد وراثي للاكتئاب لديه.^١

المنظورات البينشخصية في الاكتئاب: Interpersonal perspectives of depression ترتكز المنظورات البينشخصية في فهم الاكتئاب علي ضغوط الحياة وأساليب المواجهة ، أيضاً بالتفاعلات بين الأشخاص المكتئبين وبيئاتهم ، وكيف ان التفاعلات تعمل علي البقاء واستمرار الاضطراب الاكتئابي : (Ingram . ١٩٩٤ . ١١٩).

فبالنسبة لضغوط الحياة وأساليب المواجهة ، يقترح كوين ودوني (Coyne & Downey : ١٩٩١) إن الاكتئاب قد يفهم كفشل في المواجهة الفعالة لضغوط الحياة. وقد افترضوا ان المواجهه الفعالة مع المشكلات أو الضغوط يمكن ان تقلل من تأثير هذه المشكلات ، وتساعد علي منعها من أن تصبح مزمنة . فالمرضى المكتئبون يظهرون شقاء اقل إذا ما أظهروه مهارات مواجهة فقيرة أو غير جيدة وتعتبر استراتيجيات التجنب Avoidance والمواجهة المركزة علي الانفعال (مثل: التفكير الخاطئ الذي يرغب فيه الشخص نفسه - Withful thinking لوم الذات -

^١ - محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمن ١٩٩٨م- العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته- دار قباء للنشر والتوزيع- القاهرة

الوحدة النفسية) من أهم العوامل في تفسير الاكتئاب حيث انها أساليب مواجهة غير جيدة تساعد علي البقاء نوبات الاكتئاب . وهذا ما أشار اليه هيجنز وإندلر.^١

ثلاثة أساليب أو عمليات للتعامل مع الضغوط هي :

(أ) أسلوب التوجه الانفعالي Emotional oriented :

ويقصد به ردود الأفعال الانفعالية التي تنتاب الفرد وتتعكس علي أسلوبها في التعامل مع المشكلة ، وتتضمن مشاعر الضيق والتوتر والانزعاج والغضب والأسى واليأس .

(ب) أسلوب التوجه نحو التجنب Avoidance oriented :

ويقصد به محاولات الفرد تجنب المواجهة المباشرة مع المواقف الضاغطة وان يكتفي بالانسحاب من الموقف ، ويطلق علي هذا الأسلوب - أيضا - أسلوب الأحجام في التعامل مع المواقف الضاغطة .

(ج) أسلوب التوجه نحو الأداء Task oriented :

وهو المحاولات السلوكية التي يقوم بها الفرد للتعامل مباشرة المشكلة وبصورة واقعية وعقلانية ، ويتضمن ذلك معرفة الأسباب الحقيقية للمشكلة ، والاستفادة من الخبرة في الموقف السابقة ، واقتراح البدائل للتعامل مع المشكلة واختيار أفضلها ، ووضع خطة فورية لمواجهة المشكلة .

^١ - سعد جلال ١٩٩٤م- الصحة العقلية والأمراض النفسية والانحرافات السلوكية- دار الفكر العربي- الطبعة السادسة- القاهرة

وقد أشارت الدراسات الإمبريقية إلى الأفراد مرتفعي الاضطرابات الانفعالية كانوا أكثر ميلاً للاعتماد علي أسلوب التوجه الانفعالي كأحد الاستراتيجيات السلبية في التعامل مع المواقف الضاغطة ، أما الأفراد منخفضي الاضطرابات الانفعالية كانوا أثر ميلاً للاعتماد علي استخدام أسلوب التوجه نحو الأداء ، كأحد الاستراتيجيات الايجابية في مواجهة ضغوط الحياة.^١

أما بالنسبة للمساندة الاجتماعية ، فتعتبر احد العوامل البينشخصية الهامة في تفسير الاكتئاب ، فيشير الاكتئاب النفسي إلى أن انخفاض المساندة الاجتماعية أو المساندة الاجتماعية غير الجيدة يؤدي إلى أو تبقي علي الأعراض الاكتئابية ، (Beach. ١٩٩٨: ٢٠٢).

والحقيقة أن هناك جوانب كثيرة من الاكتئاب ، تجعل علاقة المكتئب بالمحيط الاجتماعي مصدراً للضييق والتعاسة والاضطراب .

فالمكتئبون يتسمون بعدم الايجابية ، ويجدون صعوبة شديدة في بدء علاقة جديدة ، وإنهم أقل من غيرهم تفاعلاً وتبادلاً سواء تعلق ذلك بحجم الكلام او الأفعال المطلوبة في مثل هذه المواقف ، او ملائمتها لمواقف التفاعل وطبيعة العلاقة الاجتماعية. كما يصف الآخرون المكتئب بالجمود ، والتصلب ، والافتقار للمهارات الاجتماعية الضرورية للنجاح والتفاعل لكثير من الإحباط ، ومشاعر التعاسة بسبب حساسيتهم الشديدة للرفض والتجاهل.

^١ - محمد عبد الرحمن العيسوي ٢٠٠٢م- مجالات الإرشاد والعلاج النفسي- بيروت- الطبعة الأولى- لبنان

وهكذا يبدو أن خبرات الرفض وفشل العلاقات بآخرين ينشأ عنها هيكل او صيغة معرفية تدور حول فشل والخوف من وقت الآخر الأمر الذي تنشط معه مشاعر العجز وعدم القيمة والأهمية .

كذلك فرغم أن المكتئبين تبدو عليهم المحنة والمعاناة كما يلتمسون دعم الآخرين إلا أن البيئة الاجتماعية قد تقدم الطمأنينة والدعم في البداية لكنها قد ترفض المكتئبين أو تتحاشاهم فيما بعد نظراً لعدم تجاوبهم الأمر الذي يزيد من عدم امن المكتئبين وزيادة اعتمادهم (ممدوحة سلامة ، ١٩٩١ : ٢١٢)^١.

ويبدو مما سبق أن العلاقة بين الاكتئاب واضطراب السلوك الاجتماعي علاقة جدلية (حلقة مفرغة) ، أي ليس من غير المعروف أيهما النتيجة . ففي حالة الاكتئاب يجد الشخص نفسه معزولاً عن الاحتكاك والتفاعل الاجتماعي الايجابي ويؤدي فشلة في ذلك إلي تدعيم اكتابه . كما أن العكس صحيح ، فوجود رصيد ضعيف من المهارات الاجتماعية ، والفشل المتكرر في العلاقات الاجتماعية يؤدي إلي الإحباط ومشاعر الفشل والتعاسة^٢.

يلاحظ من عرض التفسيرات البينشخصية للاكتئاب ، أنها ركزت علي عوامل التفاعل بين الأشخاص . دون النظر الي الديناميات النفسية داخل الفرد ، كما أغفلت دور الاستعداد الوراثي في الإصابة بالاكتئاب .

وهكذا يبدو إننا في حاجة إلي اتجاه تكاملي لتفسير الاكتئاب من خلال الاستعداد الوراثي ، والديناميات النفسية لدى الفرد ، وعوامل التفاعل الاجتماعي

^١ - محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمن ١٩٩٨م- العلاج السلوكي الحديث،أسسه وتطبيقاته- دار قباء للنشر والتوزيع- القاهرة

^٢ - حامد عبد السلام زهران ١٩٨٨م- دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي- القاهرة- عالم الكتب- الطبعة الرابعة

المتماثلة في التعامل مع الحدث الضاغط وكيفية مواجهة هذا الحدث ، وحجم ونوع المساعدة الاجتماعية المدركة ، وبالإضافة الي الصيغ المعرفية التي يمتلكها الفرد في معالجة المعلومات.^١

نظريات التعلم في الاكتئاب : Learning theories depression :

يرى أنصار نظريات التعلم المتنوعة أن الاكتئاب يعتبر حالة تتميز أساسا بخفض في النشاط الذي يلي فقد كبير. وبمجرد ما يوجد السلوك الاكتئابي فيتم تدعيمه بالانتباه والتعاطف . ويعتبر سيلجمان وزملاؤه . Seligman (١٩٧٥) أول من وضعوا نظرية للاكتئاب قائمة علي التعلم ، يمثل مفهوم العجز المتعلم Learned helplessness محور الرئيسي (١٧٤ : ١٩٩٤ Strongman).

وتشير نظرية التعلم إلي أن الأفراد حينما يجدون أنفسهم في ظرف لا يستطيع سلوكهم أن يغير أحداثا بيئية سيئة ، فيؤدي هذا إلي الاستسلام والعجز المتعلم والسلبية (٢٤٣ : ١٩٩٤ Marsella) .

وقد اقترح أبرامسون وزملاؤه . Abramson et al (١٩٧٨) تعديلاً رئيسياً لنظرية العجز المتعلم ، الذي عرف باعتباره نموذج العجز المعاد صياغته The reformulated helplessness model . فقد لاحظوا أنه ليس كل شخص يخبر أحداثاً سلبية لا يستطيع التحكم فيها يصبح مكتئباً . وانه توجد عوامل تعرض الأفراد للاكتئاب في ضوء هذه الأحداث . ويعتبر أسلوب العزو Attribution أهم تلك العوامل ، والعزو إما أن يكون داخلياً حيث يرى الفرد انه المسؤول عن الحدث ،او يكون العزو خارجياً أي يدرك الفرد ان شخصاً او شيئاً معيناً آخر هو المسؤول عن الحدث . وعادة يتسم الأفراد المكتئبون بأن لديهم ميلاً لعزو داخلي ثابت وشامل

^١ - محمد عبد الحليم منسي ٢٠٠٠م- مناهج ابحاث النفسي في المجالات التربوية والنفسية- دار المعرفة الجامعية- الطبعة(بدون)-الإسكندرية

للأحداث السلبية ، وعزو خارجي غير ثابت وخاصة بالأحداث الايجابية . كما اقترح ((أبرامسون)) نمطا فرعيا لإدراك الاكتئاب ، واعتقد أن الاكتئاب ليس اضطرابا منفردا ولكنه نوعاً من مجموعة متغايرة من الاضطرابات ، وأن الاضطراب الاكتئابي يتسم ببزوغ ثلوث إدراكي سلبي وأفكار عاجزة ، وهذه الأفكار التي تتسم باليأس هي نمط من العزو الذي يؤدي بالناس إلي الشعور بالعجز في التعامل بفعالية مع الضغوط في حياتهم (Ingram. ١٩٩٤: ١١٩) .^١

قدمت نظريات التعلم عامة ونظرية العجز المتعلم خاصة إسهامات طيبة في تفسير الاكتئاب ، ولكن يؤخذ ما يلي :-

١- أن تفسير الاكتئاب باعتباره استجابة مكتسبة تم استنتاجه من تجارب أجريت علي الحيوانات وتم تعميم نتائجها علي الإنسان وهذا شي غير منطقي حيث أن هنالك فرقاً كبيراً بين عالم الإنسان وعالم الحيوان . وهذا ما أكدته الدليل التجريبي إثناء التحقق من صدق نظرية العجز المتعلم وادى الي تعديلها بواسطة ((أبرامسون وزملائه)).

٢- لم تقدم نظريات التعلم جديداً عن ما قدمته نظرية التحليل النفسي حيث انه فقد التدعيم الذي فسرت به نظريات التعلم الاكتئاب لا يخالف كثيراً عن فقدان موضوع الحب في المراحل المبكرة من العمر الذي فسرت به نظرية التحليل النفسي الاكتئاب.^٢

^١ - علاء فرغلي ٢٠٠٣م خطوات العلاج النفسي-مكتبة النهضة- الطبعة الأولى- القاهرة
^٢ - عبد المنعم الحنفي ١٩٨٧م- موسوعة الطب النفسي- مكتبة مدبولي- الطبعة الثانية- القاهرة

المبحث الثاني: العلاج المعرفي السلوكي:-

المفاهيم العامة للعلاج النفسي

إن تفسير كلمة العلاج النفسي تختلف تبعاً للمدرسة التي يتبعها المعالج النفسي ، ولكن يتفق الجميع علي معني عام هو أن الغرض الأساسي هو تغيير أفكار وانفعالات المريض واكتشاف مصادر الصراع والإجهاد ، ومحاولة تكيف المريض مع المجتمع في حدود قدراته ، وذلك مع إقامة تجاوب انفعالي بين المعالج والمريض.

ويختلف علماء النفس في أساليبهم للوصول لهذا الغرض فكل عالم يتبع مدرسته الخاصة ويؤمن بأنها الطريقة المثلي لاستئصال أسباب الاضطراب ، بل يعطي الأدلة والبراهين علي أن نظريته هي السائدة في العلاج النفسي ، ويحتمل أن يكون كل معالج صادقاً في كلامه عن نظريته ، إذ أن اعتقاده بطريقته يحمل التأثير والإيحاء إلي المريض ، لأن الاعتقاد السائد أن نجاح العلاج النفسي يعتمد علي شخصية المعالج ومدي إيمانه بطريقته في العلاج أكثر من الاعتماد علي محتوى النظرية ذاتها واختلافها عن النظريات الأخرى.^١

وإذا تناولنا العلاج النفسي فسنجد أنه إحداث تغييرات نفسية في المريض بواسطة وسائل نفسية ، يكون العنصر المعالج هنا هو علاقة المعالج بالمريض إلي تعكس أنماط العلاقات مع الآخرين مما يساعد المعالج علي أحداث تغييرات في هذه الأنماط. بل إنه نوع من العلاج للأمراض العقلية والاضطرابات السلوكية ينشئ فيه شخص مدرب عقداً مهنيّاً مع مريض نفسي ، ومن خلال اتصال علاجي محدد (لفظي أو

^١ - عادل مصطفى ٢٠٠٥م- في بيتنا مريض نفسي- نورس العالمية- الطبعة (بدون)- القاهرة

غير لفظي) يحاول هذا المعالج أن يخفف من اضطرابات المريض ويغير أو يعكس أنماط سلوكية سيئة التكيف ، ويشجع نمو شخصيته وتطورها بصورة إيجابية. لذا فإن العلاج النفسي يختلف عن صور العلاج الطب النفسي الآخر مثل استخدام العقاقير والجراحة والصدمات الكهربائية. وله أهداف كثيرة منها أنه يسعى لنمو الشخصية وسيرها نحو النضج (Maturity) والكفاءة وتحقيق الذات actualization ويتحقق ذلك غالباً عن طريق المرور بالعمليات الآتية :

- زيادة وعي الفرد واستبصاره وفهمه
 - حل أو تصفية الصراعات التي تسبب عجزه
 - زيادة قبول الفرد لذاته
 - توفير أساليب أكثر كفاءة للتعامل مع المشاكل
 - تقوية عامة للذات وبناءها عن طريق الملائمة والشعور بالأمان
- كما له خطوات يمكن أن نجمعها في جو وعلاقة علاجيتين therapeutic alliance ومن ثم عملية الاستبصار insight ، وبعده التنفيس الانفعالي emotional release ثم إعادة التعليم الانفعالي emotional re-education وأخيراً توقف العلاج winning^١.

العلاج المعرفي السلوكي:

فقد نشأ العلاج المعرفي السلوكي منذ فترة ليست بالبعيدة بواسطة العالم النفسي ارون بيك وزملائه في الولايات المتحدة ، ويتميز العلاج المعرفي السلوكي في إزالة الأعراض المرضية المباشرة ، دون البحث عن الصراعات النفسية وصدمات الطفولة كما هو متبع في مدرسة التحليل النفسي ، وإنما يهتم بالمشاعر والتجارب

^١ - www.sehha.com/mentalhealth/Depression.htm

الذاتية للفرد ، وينظر العلاج المعرفي للأفكار الواعية علي أنها الأساس والمركز الذي تدور حوله أعراض القلق والاكتئاب والجسدية ، ومن ثم فالاضطراب في هذه الامراض يكمن في محتوى وأسلوب التفكير. ويتجه العلاج إلي تعديل وتطوير وتغيير التشويه والنظم المعرفية ، لان العلاج السلوكي المعرفي يعد شكلاً من أشكال العلاج النفسي الحديث نسبياً ويركز علي كيفية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة وتفسيراته لها وإعطاء المعاني لخبراته المتعددة ويستند هذا النمط العلاجي علي نموذج التشغيل المعرفي للمعلومات (العمليات العقلية) الذي يرى أنه خلال فترات التوتر النفسي يصبح تفكير الفرد أكثر جموداً أو أكثر تشويهاً ، وتصبح أحكامه مطلقة ويسيطر عليها التصميم الزائد ، كما تصبح المعتقدات الأساسية للفرد حول نفسه والعالم من حوله محددة بدرجة كبيرة. ويمثل العلاج السلوكي المعرفي في هذا الإطار شكلاً من أشكال العلاج الذي يتسم بالفاعلية والتنظيم ، كما يتحدد بوقت معين وهو عملية تتسم بالتعاون بين المعالج والمريض في سبيل دراسة معتقدات المريض المرتبطة بسوء التكيف والتوافق

، ونماذج تخیلاته وتفكيره وفحصها والتوصل إلي الاستجابات البديلة الأكثر فاعلية ، كما يتم التعامل مع معتقدات العميل علي أنها فروض تتم دراستها من خلال الفحص اللفظي والتجارب السلوكية. وتحدد أهداف هذا النمط العلاجي في أن تعليم المريض يصح أدائه المعرفي الخاطئ والمشوه ، ويغير معتقداته المختلفة وظيفياً والتي تعرضه لخبرات مشوهة ، أي أن تلك الأهداف تتمثل في تصحيح التشغيل الخاطئ للمعلومات وفي تعديل الأفكار والاعتقادات والافتراضات المختلفة وظيفياً والتي تعمل علي الإبقاء علي أنماط السلوك والانفعالات ويستخدم هذا النمط العلاجي في سبيل تحقيق تلك الأهداف استراتيجيات معرفية وسلوكية. ويستمد هذا الأسلوب

العلاجي من أعمال ارون بيك (A.beck) وأعمال اليس (Ellis) ومنذ ذلك الوقت والعلاج المعرفي السلوكي يلقي تأييداً للجوانب النظرية التي قدمها بيك وتطبيقاته المتعددة وذلك علي مدي واسع من التشخيصات الإكلينيكية ، وعينات مختلفة من المرض. لذا نجد أن دراسات عديدة أكدت أن العلاج المعرفي السلوكي يعد هو الأكثر فاعلية قياساً بالعلاجات الأخرى النفسية والطبية وذلك في علاج مختلف الاضطرابات ، وأنه يعتبر الأفضل علي الإطلاق فيما يتعلق بالنتائج المرجوة علي المدى الطويل حيث تقل بدرجة كبيرة احتمالات حدوث انتكاسة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي.^١

العلاج المعرفي السلوكي علاج مباشر وموجه يستخدم فنيات معرفية وانفعالية لمساعدة المريض علي تصحيح معتقداته غير العقلانية التي يصاحبها خلل انفعالي وسلوكي ، إن هذا العلاج يحوي نوعين مؤثرين في العلاج النفسي :

العلاج السلوكي والعلاج المعرفي ، فالعلاج السلوكي يساعد في إضعاف الروابط بين حالات المصاعب وردود الأفعال العادية مثل الانهزام النفسي أو سلوك تدهور النفس ، كما يقود هذا العلاج إلي تهئية الذهن والجسم حيث تتحسن حالة المريض وتجعله يفكر بوضوح أكثر فيتخذ قرارات أفضل. أما إلي العلاج المعرفي فيقود إلي معرفة أن تفكير معين يكون هو السبب في الأعراض التي يشعر بها المريض وذلك بإعطائه صورة مشوهة بما يجري في داخله ، ويجعله يشعر بالاكنتاب بدون سبب معقول ويدفعه إلي أفعال غير صحيحة الاختيار.^٢

^١ - زاهية حمد عبد الله ٢٠٠٢م- برنامج مقترح للعلاج المعرفي السلوكي لمرضي القلق- ماجستير- جامعة النيلين

^٢ - محمود حمودة ١٩٧٩م- النفس وأسرارها وأمراضها- القاهرة- الفجالة- الطبعة الثانية

الأسس النظرية للعلاج السلوكي المعرفي:

يعتمد العلاج المعرفي السلوكي في اتجاهاته العلاجية علي الخلط بين العلاج بما يحتوي علي فنيات والعلاج المعرفي بأساسياته من منظور ثلاثي الأبعاد إذ يتعامل معها معرفياً وسلوكياً بحيث يستخدم العديد من التقنيات سواء من المنظور المعرفي أو الانفعالي أو السلوكي.

إن العلاج يعتمد علي إقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمريض تحدد في ضوءها المسؤولية الشخصية للمريض في كل ما يعتقده من أفكار لا عقلانية مختلفة وظيفياً تعد هي المسؤولة في المقام الأول من تلك الاضطرابات التي يعاني منها المريض وما يترتب عليها من ضيق وكرب.^١

أنواع العلاج المعرفي السلوكي:

١- العلاج المعرفي السلوكي التقليدي

وهو إعادة هيكلة لعمليات التفكير عن طريق نزع الأفكار والمعتقدات غير المنطقية وإحلال الأفكار ومعتقدات منطقية محلها بالإضافة إلي تقنيات الاسترخاء وعملية نزع ومحو التفكير السلبي والتي تعني تحريك التفكير ببطء إلي تفكير منطقي.

٢- العلاج المعرفي السلوكي الشامل :

وهو الذي يساعد المريض علي مواجهة أفكاره ومعتقداته غير العقلانية من خلال خطوط منطقية وامبيريقية وبناء دلائل عقلانية (طبيعية المناقشة والتفنيد) وذلك بأساليب جدلية وتعليمية يتعامل خلالها مع الأفكار غير العقلانية ، سوف يؤدي

^١ - عيد العلي الجسماني ١٩٩٨م- الاضطرابات النفسية، تاريخها وأعراضها وعلاجها- الدار العربية- الطبعة الأولى- بيروت

بالضرورة وبصورة آلية إلى تغيرات عقلانية في معتقدات وأفكار لا عقلانية أخرى.^١

تقنيات العلاج المعرفي السلوكي: Techniques of cognitive behavioral

إن تقنيات العلاج المعرفي السلوكي كثيرة ومتعددة وهي تختلف من اضطراب لآخر. وقد أثبتت بعض الدراسات أهمية دمج تقنيات العلاج المعرفي السلوكي في العلاج إذ أن الأساليب العلاجية السلوكية والمعرفية لها نفس تأثيرات الطريقة الكيميائية في إزالة التقلصات للصداع ، كما أنها تساعد المريض بطريقة فعالة في التحكم في الآلام المزمنة الحادة وهذه الطريقة تشتمل على التقنيات الإجرائية للاسترخاء التصاعدي والتغذية الراجعة وتغيير الأفكار الخاطئة وإعادة التفسير ، وتمثل التقنيات السلوكية والمعرفية أعظم مساعدة للمريض.

هنالك أكثر من عشرين نموذجاً للعلاج المعرفي السلوكي أكثرها استخداماً هو نموذج بيك (Beck) وهناك كثيراً من المعالجين أشهرهم (روتر ، الكسندر كيلى ، كانفر و جوزيف كاتيل). وقد اعتمد هؤلاء المعالجون طرقاً علاجية تقوم على مبادئ التعليم السلوكي والمعرفي والتي تهدف إلى مساعدة المرضى.

• الإبعاد والتركيز:

يطلق على العملية التي ينظر بها موضوعياً إلى الأفكار (الإبعاد) وهي تشتمل على الاعتراف بأن الأفكار التلقائية ليست هي الواقع ، ولا يوثق بها وهي لا تساعد على التكيف ، وتشتمل على أحداث خارجة عن إطار الفرد.

^١ - إجلال محمد سري ١٩٩٠م- علم النفس العلاجي-عالم الكتب- الطبعة الأولى- القاهرة

• تدقيق الاستنتاجات:

هنا يساعد المعالج المرضي علي استكشاف استنتاجاتهم مع الواقع واستخدام قواعد البرهان ، فحين نطلب من المريض التفكير في شرح بديل للموقف فإنه يعني أن تفسيره للأمور كان متحيزاً أو غير صحيح ، وقد يمكنه ذلك أن يعي أنه قد حاول تغيير الحقائق كي تتفق مع استنتاجاته الخاطئة ويتطلب ذلك من المريض جمع المعلومات التي تدعم أفكاره عن العلاقة والأسباب والتوقعات الجديدة ومثل هذه المعارف هي إسقاط لصراعات العميل وتحتاج إلي تحديد مباشر في الجلسات.

• إعادة صياغة المشكلة:

يلجأ إليها المعالج لصياغة المشكلة من جديد من خلال بيانات قديمة وذلك لاتخاذ وجهة نظر جديدة.

ومن خلال إعادة الصياغة تعاد صياغة السلبي إلي ايجابي فمثلاً يقول المعالج للزوجة: إنك تثورين وتأتي إليك الرجفة والصداع حينما يفعل زوجك ذلك ، ولكنه ربما يفعله ليس لأنه عدواني ، ولكن لأنه يهتم بك إلي حد كبير، ولأن لديه حاجة حقيقة لك ، ولا يريد أن يظهر ضعفه.^١

• التعرف علي طرق التفكير السالبة:

الأفكار الأوتوماتيكية وما تتضمنه من تحريفات يستخدمها الفرد لتفسير المواقف والأحداث بصورة تؤدي للاضطراب المزاجي والسلوكي ، ثم تحديد الأدلة التي تدعم هذه الأفكار السالبة ، والأدلة التي تناقضها ، ثم تشجيع الفرد علي البحث

^١ - حامد عبد العزيز الفقي ١٩٩٠م- دار القلم للنشر والتوزيع- الكويت

عن أفكار بديلة وتقييم ما إذا كانت هذه الأفكار البديلة تناسب الحقيقة بصورة أفضل أم لا ، وما إذا كانت تؤدي لإنقاص نشاط وتأثير الأفكار السالبة ، وتبني السلوك التوافقي والإيجابي.

• التحكم في الأعراض:

وذلك بأن يقول المريض لأنفسهم عبارات إيجابية ومناقضة الأفكار السالبة بأن بالدخول في مواقف حقيقية مناقضة لتقويمات الفرد وأفكاره.

• إنقاص الأفكار السالبة:

وذلك عن طريق تغيير الأفكار السالبة وتعديل الاتجاهات وتوقعات الآخرين والتي تؤدي إلى تغيير اتجاهات الفرد عن نفسه وأساليبه في التعامل أو أن يطلب من الفرد أن يلعب دوراً مختلفاً عما اعتاده حني يتحول إلى خاصية دائمة ، بأن يطلب منه مثلاً أن القيام بدور الشخص المتسامح وأن يطلب من اللامبالي لعب دور الشخص الملزم.

تعديل الأفكار السالبة تستخدم الاستمارة التي تتضمن تحديد الفكرة المرتبطة بالانفعال أو الموقف الذي يرتبط حدوثه بالحالة الشعورية للمريض ، وتحديد الأفكار السلبية عن طريق مراقبة الذات عند مواجهة الموقف وتحديد النتائج سلبية أم إيجابية كانت ، وهذه الاستمارة يستخدمها المعالج والمريض لتحسين فهم المريض للعلاقة بين الأفكار الأوتوماتيكية والانفعال ، بالإضافة إلى التمكن من تشخيص هذه الأفكار وتحديدتها.

• مراقبة النشاطات:

وفيها يسجل المريض ما يقوم به من نشاط في كل ساعة ويقدر كل نشاط من حيث السعادة والتفوق من الدرجة ١٠٠ فيتعرف علي مدى سعادته عند قيامه بالنشاط المعين.

• جدولة النشاط:

عندما تتوفر المعلومات الدقيقة عما يقوم به المريض ومدى رضائه عن هذا العمل ، يستخدم الجدول للتخطيط مسبقاً لكل يوم ساعة بساعة. والهدف منه زيادة مستويات النشاط ورفع السعادة والتفوق لدي المريض ، ومن مميزاته أيضاً :

١- تقليل الأعمال المتكتلة إلي أعمال قليلة.

٢- إزالة الاحتياج لتكرار القرارات المتخذة (ماذا أفعل الآن ؟).

٣- تشجيع زيادة الأنشطة.

٤- زيادة الإحساس بالتحكم في الذات.

• تدرج المهام:

ويقصد به زيادة فرص النجاح بتقسيم الأعمال لخطوات يمكن استخدامها لمساعدة المريض علي مواجهة الكسل ، مثلاً عندما يقول المريض (لن أستطيع أن أفعل ذلك) أو هذا كثير عليّ كدليل علي تدهور وعدم كفاءة الفرد.

وتدرج المهام هنا يساعد المريض علي تقليل الأعمال إلي نسبة من الأعمال المعالجة لزيادة تقدير مكافأة النفس وإعادة تعريف النجاح بواقعية ووضع إحساس المريض في الاعتبار.^١

^١ - عادل صادق ٢٠٠٥م- في بيتنا مريض نفسي- نرس العالمية- الطبعة الأولى- القاهرة

• تحديد الأفكار الآلية:

١/ إن تحد يد العواطف غير السارة يتم عن طريق تسجيل المريض لنوعية العواطف من حزن وغضب ، ثم وضعها في فئات من حيث القوة (٠-١٠٠) ووضعها في مستويات فئوية ، مما يجعل التغيرات الصغيرة واضحة.

٢/ تحديد موقف المشكلة : يشرح للمريض باختصار الوضع بالطرق التي تحدث بها العواطف أو الموضوعات التي يفكر فيها (أنا قلق بشأن الطريقة التي أفكر بها).

٣/ الأفكار الآلية المرتبطة: يسجل المريض ما يدور بعقله (٠-١٠٠) ودرجة ١٠٠ تعني الاقتناع الكامل ، كما يجب أن يسجل الصورة والخيالات بدقة.

• اختبار الأفكار الآلية السلبية:

هنالك طريقتان لاختبارهما

أ- التحدي اللفظي:

وتعني تعلم المريض كيفية إعادة تقييم تفكيره ، وأن عليه أن يعلم أن العلاج لن يتم إذا قام به المعالج دون أن يتعاون معه المريض ، لذا فإن إستراتيجية التفكير الرئيسية تتطلب انتزاع الخيارات من المريض خلال أسئلة مرتبة أكثر من إقناعه خلال المناقشة ، ومن الأسئلة التي يمكن أن تكون مفيدة ، ما الدليل الذي يدعم الأفكار السلبية لديك؟

ما التفكير الذي يمكن أن يفكر به شخص تثق به بهذا الشأن؟.

ب- التجارب السلوكية:

التحدي اللفظي يتبعه روتينياً تدريباً سلوكية توضع من خلالها الأفكار الجديدة تحت الاختبار وهذا يتطلب اتخاذ فعل لتحسين وضع خارجي غير مشبع ، بتحويله أو إيجاد طرق فعالة أكثر ، مع وضع خارجي لا يمكن تحسينه بالتكيف معه.

إن اختيار الأفكار السلبية يشجع المريض علي التقييم الواقعي ، وهو يعني اختيار صلاحية الأفكار السلبية.

لذا نجد أن الخطوات المطلوبة لبحث علمي هي نفس الخطوات المطلوبة في وضع تجربة سلوكية^١

الاستراتيجيات الوقائية:

وهي تلك الإستراتيجية التي تخفض احتمالات النكسة ، ومن خلال العلاج المعرفي السلوكي يمكن التعرف علي الافتراضات المتعطلة وظيفياً وتحديدها ، ومتى ما تمكن المريض من التعرف علي الأفكار الآلية ينتقل التركيز في العلاج إلي الافتراضات المتعطلة ، وهذه الافتراضات لها خصائص:

- أنها لا تعكس واقع التجربة الإنسانية
 - تمنع تحقيق الأهداف
 - ترتبط بالعواطف المتطرفة
 - متحصنة ضد التجارب العادية
- وقد جمع علماء النفس أمثال (بيك - هولن - يونج) الافتراضات المتعطلة وظيفياً علي أساس ثلاثة مجالات مثيرة للاهتمام وهي:

- أ- الانجاز: وتعني مستويات عالية من الأداء كالحاجة للنجاح.
 - ب- القبول: وهو الحاجة للحب والمودة وذلك خوفاً من الرفض.
 - ت- الضبط: وهو الحاجة لضبط الأحداث.
- ثم تشجيع المريض للتعرف علي الأفكار المتعطلة ثم تحديدها ويتم التعرف عليها من خلال ما يلي:

^١ - علاء فرغلي ٢٠٠٣م- خطوات العلاج النفسي- مكتبة النهضة- الطبعة الأولى- القاهرة

- ١- الموضوعات التي تظهر أثناء العلاج.
 - ٢- التقييم الذاتي الشامل مثل (أنا مهمل من قبل الآخرين).
 - ٣- الذكريات مثل ذكريات الطفولة، حيث يتم اختزال بعض الصور.
 - ٤- السهم التحتي وهي تعني مساعدة المريض في التعرف علي موقف المشكلة وذلك من خلال الأسئلة التي يوجهها المعالج للمريض مثل : ما هو أسوأ ما يمكن أن يحدث لك؟.
 - ٥- المزاج العالي وغالباً ما يشير إلي نوع تلك الافتراضات المتعطلة وظيفياً ، وبعد التعرف عليها يمكن أن يتحداها المريض بعدد من الأسئلة.^١
- تركيب ومسار جلسة العلاج المعرفي السلوكي:**
- ١- وضع جدول لما سيدور بالجلسة: حيث يبدأ المعالج بتوضيح ما يود عمله ثم يشرح للمريض أن وقت الجلسة العلاجية محدد (٤٥-٦٠) وأنه يجب أن تناقش أكثر الأمور أهمية ، ويعلق علي الجلسة السابقة ، ويراجع العمل المنزلي.
 - ٢- الأحداث السابقة بين الجلستين: تراجع باختصار والمشاكل التي اعترضت المريض خلال قيامه بالواجب، وإيجاد الحلول الملائمة.
 - ٣- المواضيع الأساسية للجلسة الحالية: وهي تستغرق معظم وقت الجلسة ويستخدم فيها المعالج التقنيات التي تساعد المريض علي التعامل مع الأفكار السلبية ، وتختلف المواضيع التي تناقش من جلسة لأخرى.
- يطلب المعالج من المريض التعليق علي الجلسة ككل ويطلب منه كذلك تلخيص ما تعلمه ، وعلي المعالج أن يرحب بأي ملاحظة يبديها المريض مهما كان نوعها لان ذلك يساعد علي التفاهم ، ويشعر المريض بالأمان.

^١ - إنصاف عوض الكريم ٢٠٠٥م-العلاج السلوكي علي مرضي الاكتئاب علي زوجات المغتربين- ماجستير- جامعة النيلين

٥- الواجب المنزلي: يكون مرتبط بما حدث في الجلسة ويعرض بطريقة محددة وواضحة ويكون مفهوم ومقبول لدى المريض ، ويصمم بطريقة يستطيع المريض فهمها ، ويحدث أحياناً أن تضعف عزيمة المريض علي القيام بالواجب المنزلي ، لذا من المهم مناقشة الصعوبات التي قد تواجه المريض أثناء قيامه بأداء الواجب المنزلي.^١

قواعد العلاج المعرفي:

- ١- العلاج المعرفي علاج مختصر ومحدود المدة.
- ٢- من الضروري أن تتوفر علاقة مناسبة بين المعالج والمريض.
- ٣- إن العلاج يمثل جهداً مشتركاً بين المعالج والمريض.
- ٤- يركز العلاج المعرفي علي توجيه الأسئلة.
- ٥- يعتبر العلاج المعرفي علاجاً منظماً ومباشراً.
- ٦- يتجه العلاج المعرفي نحو التركيز علي المشكلة.
- ٧- يقوم العلاج المعرفي علي نموذج تعليمي.
- ٨- تستند أساليب العلاج المعرفي علي الطريقة الإستنتاجية.
- ٩- النشاط الذي يقوم به المريض خارج عيادة العلاج النفسي يمثل خاصية أساسية للعلاج المعرفي.^٢

^١ - بسمات محمد أحمد ٢٠٠١م فعالية العلاج السلوكي في علاج الخوف الاجتماعي-ماجستير- جامعة النيلين

١- [www.bafree.net/hisn-cognitive behavioral therapy](http://www.bafree.net/hisn-cognitive-behavioral-therapy).

٢- WWW.hawton@salkovskis١٩٩٨cognitivebehavioral therapy for Psychiatric for problem-university of oxford- ENGLAND.

العملية العلاجية:

يتطلب العلاج مجموعة إجراءات تهدف إلى تحديد ومواجهة الأفكار السلبية بصورة تسمح بتطوير بدائل إيجابية مناسبة ، وأفكار توافقية تتعامل مع الواقع من جديد.

وعلى المعالج تدريب المريض على تحديد أفكاره الأوتوماتيكية ، وتعتبر زيادة قدرة الفرد على تحديد تلك الأفكار مطلباً أولاً لتعديل الأفكار الخاطئة وغير المناسبة، ويسمح هذا التحديد للمرضي بالتفكير فيما يقولونه لأنفسهم عن الموقف ويسمح لهم بتعلم طرائق جديدة أو بديلة للتفكير. ولكي ندعم مهارة تحديد الأفكار الأوتوماتيكية نطلب من المريض الاحتفاظ بذاكرة ومتي ما جاءه الشعور بوجود مشكلة سجل هذه المشكلة في ورقة الأفكار ، وبعد ذلك على المريض متابعة تغيير الفكرة السلبية ، ومن خلال هذا التسجيل يستطيع المعالج أن يشرح للزوجين مثلاً كيف ارتبطت الأفكار الأوتوماتيكية بالاستجابات الانفعالية ، وكيف يسهم ذلك في الفهم الخاطئ للذات وللآخرين ، وبمجرد أن يتعلم المرضى تحديد الأفكار الأوتوماتيكية بدقة يؤكد المعالج على ربط الأفكار بالاستجابات الانفعالية والسلوكية.

النموذج المعرفي (أرون بيك) :-

عندما نتحدث عن العلاج المعرفي فنحن نتحدث عن بيك حيث ركز أرون بيك على الأفكار غير العقلانية وسمي النظرية المعرفية ووضع قاعدة العلاج المعرفي.

وقد تناول ارون بيك نظريته المعرفية بتناوله تحريفات معرفية شائعة وهي:

(١) استدلال تعسفي أو خاطئ ، أي أن الفرد يصل استنتاج معين دون وجود

دليل كاف

(٢) تجريد انتقائي يتم الوصول منه إلي استنتاج من خلال عنصر واحد من العناصر الكثيرة الممكنة .

(٣) المبالغة في تعميم ، أو عمل استنتاج شامل من نقطة بدء تافهة .

(٤) التضخيم والتقليل اللذان يضمنان أخطاء في الحكم علي الأداء .

(٥) لوم الذات ، وهو إساءة تفسير الوقائع وفقاً لأفكار سلبية واستنتاجات غير منطقية.

(٦) قراءة الأفكار حيث يعتقد الفرد أنه قادر علي معرفة ما يفكر به عضو آخر في الأسرة أو ما سيفعله في المستقبل القريب دون تواصل لفظي مباشر بين الطرفين.

(٧) أخذ الأمور علي محمل شخصي Personalization حيث يرجع الفرد الأحداث الخارجية لنفسه عندما يظهر دليل غير كافٍ لتحديد السبب^١.

كما لاحظ ((بيك)) أن التشويه المعرفي الذي يتضمن المشكلات الخمس السابقة قد يرجع إلي أن الأشخاص المكتئبين يعتقدون ((ثالثاً سلبياً)) من الاعتقادات تشمل علي:

١- رأى عن الذات باعتباره غير ذات قيمة وقاصرة

٢- رأى عن العالم باعتباره متوحشاً وكرها

٣- رأى يائس عن المستقبل^٢.

٢- أرون بيك ٢٠٠٠م-العلاج المعرفي السلوكي والاضطرابات الانفعالية- ترجمة عادل مصطفى- دار الآفاق العربية-الطبعة الأولى- القاهرة

٢- ريتشارد سوين ١٩٨٠م- علم الأمراض النفسية والعقلية- ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة- مكتبة الفلاح- الطبعة الأولى- القاهرة

نقد نظرية العلاج المعرفي السلوكي:

بالرغم من إسهامات النظريات المعرفية في تفسير الاكتئاب ، إلا أن ثمة قصوراً يتضمن هذه النظريات ، وسوف يتم عرضها علي النحو التالي :-

١. ركزت النظريات المعرفية علي الأفكار والمعتقدات السلبية في تفسير الاكتئاب، ولم توجه الانتباه إلي عوامل أخرى مثل الاستعداد النفسي الداخلي، والعوامل البيئية المسببة للاكتئاب .

٢. تنطبق الأفكار والمدرجات السلبية علي بعض أنماط الاكتئاب الموجود في التصنيفات التقليدية للاكتئاب (مثل الاكتئاب أحادي ، وثنائي القطبية) ، وغير أنه يوجد نمط فرعي للاكتئاب يتسم بأفكار والمدرجات السلبية فقط .

٣. إن تأكيد النظريات المعرفية بأن الأشخاص المكتئبين يقررون مدرجات سلبية دون المدرجات الايجابية .فهذا أمر يختلف مع نتائج الدراسات الامبريقية حيث أن الأفراد المكتئبين قد قرروا متوسط تكرار يصل الي حوالي فكرتين ايجابيتين من كل ثلاث أفكار سلبية في الأسبوع الماضي.^١

^١ - إجلال محمد سري ١٩٩٠م- علم النفس العلاجي- عالم الكتب- الطبعة الأولى- القاهرة

المبحث الثالث: نظرية الكسندر كيلي:

personal constructs

الطبيعة الإنسانية للنفس البشرية

- ١- النشاط والتوقع
طبيعية الإنسان غائية أو هادفة بصفة أساسية وحركتنا الفطرية توجه فقط نحو الهدف الشامل لتوقع المستقبل.
- ٢- الناس كالعلماء
- الناس عند كيلي كالعلماء يبحثون عن الوضوح وفهم الحياة بتطوير النظريات التي تساعدهم على التنبؤ بالأحداث المستقبلية.
- الأداة التي يستخدمها الإنسان لتوقع الأحداث هي تكويناته أو تركيباته الشخصية وهي فكرة يستخدمها الفرد عندما يحاول تفسير خبراته الشخصية فإذا ما تطابقت تنبؤاته مع الخبرة فهذا أمر جيد ؛ أما إذا لم تتطابق فيجب مراجعة التركيبات القائمة أو إلغاؤها.
- كل شخص يخلق تركيباته للتعامل مع العالم (ثابتة - مرنة).
- المقولة الشهيرة (لقد نظر رجلين من خلف القطبان في السجن فرأى أحدهما الوحل بينما نظر الآخر إلى النجوم).
- سلوك الإنسان وأفكاره يمكن تفسيرها وتوجيهها من خلال تركيباته الشخصية التي يستخدمها في توقع الأحداث المستقبلية .

٣- تركيب بناء الشخصية :

- إن الأحداث التي تواجهنا في حياتنا اليومية يمكن أن تبدو متغيرة الشكل ولو أن لدينا قدرت ابتكاريه تساعدنا على تفسير هذه الأحداث

خصائص التركيبات البشرية:

أولاً : المسلمات والنواتج الطبيعية

العمليات السيكلوجية النشطة بشكل طبيعي والتي كونت شخصياتنا قد تشكلت وتحولت إلى أنماط تعبيرية ليس بالدوافع أو الحاجات أو صراعات الطفولة والمثيرات الخارجية ولكن بالطرق التي نصل بها إلى المستقبل من خلال نافذة الحاضر.

ويندرج تحت هذه الخاصية عدد من النتائج :

١- النتيجة البنائية :

يتوقع الشخص الأحداث من خلال تفسيره لما يحدث عنها من صدق في الماضي وبعبارة كلي (لكي نفسر لابد لنا أن ننصت لهمس الأفكار الحادثة التي تتردد من حولنا)

٢- النتيجة الفردية:

- يختلف الأفراد في تفسيرهم للأحداث عن بعضهم البعض ؛ فقد ينظر شخص إلى زميله بمنظور الصداقة بينما يفهمه شخص آخر كمنتهمز للفرص فيتجنبه بشده.

- أي تركيبين لشخصين مختلفين لا يتطابقان أبدا مما يجعل هناك تفسير لطرق يفسر بها كل فرد العالم من حوله.

٣- النتيجة التنظيمية

كل شخص يطور خصائص توقعه للأحداث بحيث يمكن لنظامه التركيبي من تقبل أو رفض العلاقة بين المكونات ستكون توقعاتنا للمستقبل إذا رتبنا تركيباتنا البنائية بشكل معين ؛ وإن نعطي تركيبات معينة أهمية أكبر من غيرها ومن ثم يكون الناتج عبارة عن نظام هرمي يتكون من عدة مستويات وغالبا يكون مرن لدرجة يكفى لأن تصبح التركيبات المختلفة ظاهرة في أوقات مختلفة

١- الخير (الذكاء والدقة)

٢- الشر (الغباء والإهمال)

٣- الأمان (الخير والأصدقاء)

٤- الخطر (الشر والغرباء)

٤- النتيجة ثنائية الفرع:

- يحتوى النظام التكويني للشخص على عدد محدد من التركيبات ثنائية الفرع وكل قطبين في هذه التركيبية الثنائية متضادين وغالبا ما يختلفان من شخص لآخر ؛ فشخص قد يكون تركيبه من الوداعة مقابل العدوانية بينما شخص آخر يفسر العالم من خلال الوداعة مقابل عدم اللباقة.

- يجب على التفسير الشخصي أن يحدد الطريقة التي يتشابه بها عنصران على الأقل

- يمكن استخدام التركيبات الشخصية ثنائية الفرع بطرق تسمح بإظهار الاختلافات النسبية وقياسها في تدرج شديد مثال : (س) اسود من (ص)

و (ع) اسود من (س) فإن ذلك يعنى وجود مقياس نفسي ثابت ويدل على أن (ع) اسود من (س ؛ ص) .
٥- نتيجة الاختيار:

يختار الإنسان لنفسه احد البدائل المتاحة له من التركيب ثنائي القطب والذي من خلاله يتوقع الاحتمالية الأكبر لتحديد نظامه.

وهناك طريقتين أساسيتين لتحقيق ذلك:

أ- استخدام منهج أكثر أمان .

ب- استخدام منهج أكثر مغامرة.

فالفرء الذي يعتبر العالم عدائي ويقرر أن يعيش في أمان يمكن أن يفسر سلوكه على انه شخص غير مألوف مع العالم.
٦- نتيجة المدى أو المجال:

يكون التركيب ملائم لتوقع مدى محدود من الأحداث إن التركيب الشخصي ذو تركيب محدود ومدى ملائم ويساعد على توقع بعض الأحداث ولكنه غير مقيد بالنسبة للآخرين.

مثال : هنالك أناس يعبرون عن حزنهم بارتداء ثياب سوداء في حين هناك شعوب ترتدي ثياب بيضاء للتعبير عن أحزانهم.

٧- نتيجة الخبرة أو التجربة:

يتنوع النظام التركيبي للشخص بقدر نجاحه في تفسير الأحداث المتكررة فالشخص الذي يستسلم للأحداث ولا يبحث عن تفسير لأسبابها لا يضيف سوى القليل إلى مخزون خبرته وتجاربه ؛ ومثل هؤلاء يخافون أن تأخذ المعلومات الجديدة

بتركيبيهم الشخصية ويفضلون التعلق بما هو أكيد وثابت ويأخذون شكلاً بدلاً من العجز في التصرف

مثال : الطالب الذي يرفض التحقق من أسباب حصوله على درجات منخفضة في الامتحان.

- الفرد المتوافق جيداً يكون أكثر فعالية في المشاركة في أحداث الحياة ليستخلص أشياء من تجاربه المتكررة.

٨- نتيجة التغيير

التباين في النظام التركيبي الشخصي محدود بنفاذية هذا التركيب خلال المدى الملائم الذي تقع في إطاره هذه المتغيرات ؛ فبعض التراكيب الشخصية أقل استعداداً للسماح لعناصر جديدة أن تتلاءم مع مداها.

مثال : إن الطبيعي مقابل الخارق للعادة سوف يكون تركيب قابل للنفاذية لأي معتقد يمكن أن يدرك إن بعض أحداثه خارقه للعادة ؛ ولكنها لن تكون نفاذة لدى شخص آخر يعتقد أن عصر المعجزات قد انقضى.

- عدم النفاذية ليست دائماً غير مرغوبة فالنسبة للتركيبات ضعيفة التصميم (كما في حالة الضلالات) ستكون في الحقيقة مغلقة أمام أي عناصر جديدة ؛ ويفضل بالنسبة للتركيبات السامية أن تكون نفاذه إلى حد ما كي يمكنها بناء مداخل جديدة ربما تكون أكثر توافقاً

٩- نتيجة التجزؤ

ربما يستطيع الشخص توظيف المكونات المختلفة للنظام البنائي والتي تكون غير متطابقة مع بعضها البعض.

من اجل السماح للجوانب اللامنطقية من السلوك الإنساني يفترض كيلى أن
النظم الثانوية المتناقضة من البناء التركيبي ربما تستخدم في أوقات مختلفة من قبل
الفرد فالشخص المتسامح لا يلجأ إلى الجبن كاستثناء ليقوم بعمل جبان لان الجبن
يحدث متضمناً تحت الكراهية.

وفى الأغلب تكون توقعاتنا نمطاً متسقاً فالشخص يستطيع ان يتسامح ولكن
ليس على الدوام.

١٠- نتيجة العمومية (الشيوع)

كما رأينا أن لازمة الفرد تستبعد احتمالية تشابه الناس أحيانا فى تفسيرها للأحداث
بطرق متماثلة ؛ مثل هذه العمومية المطلقة تعد أمراً غير عادى ؛ فالأشخاص الذين
ينحدرون من ثقافة واحدة تكون تنبؤاتهم أكثر توافقاً.

- فى حالة تفسير الأحداث نجد أن القاعدة هي تماثل السلوك بصرف النظر عن
نوع أو هوية الأحداث ذاتها.

١١- نتيجة الاجتماعية

بالقدر الذي يفسر به شخص العمليات التركيبية لشخص آخر بقدر ما يلعب من
دور فى العمليات الاجتماعية للشخص الآخر.

لكي ترتبط بالآخرين فيجب فهم الطرق التي يستخدمها في تفسير العالم.

مثال ١ : ففي الطريق السريع ننصح بتفسير الطريقة التي يفهم بها الآخرون مهمة القيادة ونتوقع الفعل الذي قد يسلكه الفرد المتهور ؛ ولكن لا يجب أن نربط بنائياً بين الطريق السريع والقيادة المتهورة

مثال ٢ : إن التفاعل بين الزوج والزوجة يتطلب تغيير وجهة نظر أحدهما تجاه الآخر ولكن داخل إطار النموذج المتشابه وهو نموذج معقد ؛ أن يتوقع الزوج ما سوف تفعله الزوجة ويتوقع ما تفكر فيه الزوجة ناحيته بالإضافة يتوقع الزوج ما تعتقده الزوجة عنه وما ينتبأ به من سلوك وما سوف يقوم به الزوج ذاته.

- ولتسهيل المهمة يوصى كيلي أن نلعب ما نفهمه من ادوار عن طيب خاطر.
- ويفسر كيلي الدور على انه عملية نفسية تركز على تفسيرات لاعبي الدور الجوانب في التركيب البنائي لهؤلاء الذين يحاول الفرد الاقتران بهم في مشروع اجتماعي معين.
- عندما يلعب الشخص دوراً ما فإنه يسلك طبقاً لما يعتقد عن تفكير الشخص الآخر ويضع نفسه بشكل مؤقت في مكان الشخص الآخر.
- هذه الأدوار ينتج عنها أنماط من السلوك ؛ وهي تتحدد بواسطة التراكيب البنائية للأشخاص الذين نقترن بهم اجتماعياً أكثر من كونها تتحدد في ضوء القواعد الاجتماعية للسلوك.

ثانياً: الأولوية والمبادرة ؛ التجمع العنقودي والافتراضية

بالإضافة إلى القدرة على النفاذ ؛ فإن التباين في أي نظام بنائي يتحدد بالعلاقة بين التراكيب المختلفة ؛ فبعض التراكيب تمنع عناصرها من الانتماء إلى أي مجال ملائم آخر كما يحدث في المجالات النقدية التي يعتبرها التحليل النفسي مجرد تفكير

تخلي وهي تكون مجرد خوف من المجهول ويكون التركيب البنائي الخرافي مقابل العلمي يمكن أن تكون له المبادرة أو الأولوية.

وبعضها كالتصلب يعد تركيب عنقودي حيث الأنماط التي من خلالها تستخدم التركيبات الأخرى عن عناصرها كالأنماط الفرعية التي تعد مثالا موضحا لذلك كما يحدث للأشخاص المتعصبين الذين يستتجون أن كل الزوج أغبياء وقذرين فقد صنف العنصر هنا طبقاً للتركيب العنقودي (زنجي مقابل قوقازي) وهو ما ينتمي بعضويته في نطاق تركيب آخر (غبي مقابل ذكي)

- ويوجد مدخل آخر دال على وجهة نظر عقلية أكثر انفتاحاً وتتمثل في التركيب الافتراضي للشخصية وهو التركيب الذي لا يوفر وسيلة محددة لدى التركيبات الأخرى لكي تستخدم عناصرها فالشخص الذي يستخدم التركيب (يهودي مقابل غير يهودي) قد يترك احتمال مفتوح بأن عنصر اليهودي ربما يكون (رحيم أو قاسى) بدلاً من النظر لهذه القضايا على نحو اعتباطي يتحدد من خلال صفة واحدة منسوبة لليهود.

- يمثل التركيب الافتراضي احد نهايات خط متصل ؛ بينما يمثل تركيبات الأولوية والعنقودية النهاية الثانية للخط ولهذين التركيبين أهمية ايجابية ولكن في النهاية يجب أن يتم انجاز الافتراضية في النظام التركيبي للشخص لكي يكون مفتوحاً وقابلاً للتغيير.

ثالثاً : تركيب الذات أو الجزء المركزي

في رأى كيلي يوجد تركيب شخصي واحد في كل نظام وهو الذات مقابل الآخرين ومن جهة أخرى فإن هذا التركيب يكون تابعاً أو ثانوياً بطرق أو بأساليب مختلفة وعندما تكون الذات تابعة أو ثانوية للتركيبات العقلية التي تركز أساساً على

التفاعل المتبادل مع الآخرين فهنا يشار للنظام الثانوي الناتج على انه الدور المركزي أو المحوري

مثال : الدور المركزي للأطفال يتضمن علاقتهم مع الوالدين والأسرة الدور المركزي يمد الفرد فهم أعمق ويحافظ له على إحساسه بأنه كائن اجتماعي.^١

نظرية كيلى في الميزان:

١ - الانتقاد:

تعد نظرية كيلى دعوة للمجازفة ؛ كما أن الخواء العلمي في نظريته قد الغي معظم الخصائص التي تبدو حيوية ومرتبطة بالكائن الحي مثل الحب والكرهية.

فلقد طابق كيلى بين الخبرة وصداها ؛ كما أن رفضه لقبول مكونات التعلم جعلته يبدو في الحقيقة غير مقنع.

بعد النقد اعتبروا أن تأكيد كيلى على الجانب المعرفي كان متجاوزاً للحد ؛ ووجدوا أن من الصعب ربط أفكاره بالسلوك الواقعي.

فأصحاب التوجه التحليلي يتهمون بنظرته غير الكافية لمرحلة المهد والطفولة وقد بنوا جدالهم على افتراض انه لا يوجد شئ دفين أو عدوانية مكبوتة ؛ ولكن مجرد فشل في تشكيل السلوك مما يعد تبسيط متناهي لتفسير السلوك البشرى.^٢

^١ - نظرية العلاج المعرفي السلوكي عند الكسندر كيلى ١٩٩١م- ترجمة عادل مصطفى- دار الآفاق العربية-الطبعة الأولى-القاهرة

^٢ - ليند زاي ، بول ٢٠٠٠م- علم النفس الإكلينيكي للراشدين- ترجمة صفوت فرج- مكتبة الأنجلو المصرية- القاهرة

٢ - الإسهامات

تقدم نظرية كيلى بدائل لمن يشاركونه التحفظ على التحليل النفسي.

إن علم نفس تكوين الشخصية يبين أن النظرية الجيدة هي التي يستفاد منها وليست الصحيحة فقط ؛ فالنظرية التي تتجاهل المدخلات الأساسية للدافعية يمكن الاستفادة منها في مجال العلاج النفسي بشكل ناجح.

مع التكوينات الشخصية للآخرين واثـر ذلك على العلاقات الشخصية.

كيلى يؤمن بالتفرد النسبي عكس ألبرت و إدلر ويمدنا بإرشادات منطقية وعملية يمكن تطبيقها في مجال دراسة الشخصية.

كما يعد مدخله مفتاح لفهم كل شخصيات علماء النفس وتكويناتهم الشخصية وقد عبر كيلى أن نظريته لم تعد أكثر من مجرد انفجار يوضح نظامه التكويني الفريد وليس غريباً أن يقول ذلك على الرغم من أن مدخله العام وتأكيده على المعرفة الشخصية تعد إسهاماً هاماً جداً في مجال نظريات الشخصية.^١

^١ - علاء فرغلي ٢٠٠٣م- خطوات العلاج النفسي- مكتبة النهضة- الطبعة الأولى- القاهرة

استخلاص آلية من نظرية كيلى لخفض حدة الاكتئاب:

(٩) آليات لتعديل الأفكار السالبة

- ١- إيجابية التوقع تقود إلى ايجابية السلوك.
- ٢- موازنة بين المنظور الشخصي للموقف والمنظور العام.
- ٣- تنظيم المكونات في شكل مستويات هرمية.
- ٤- ثنائية القطبين (جدول السلبيات والإيجابيات).
- ٥- تدريب الفرد على علي اختيار القطب الايجابي.
- ٦- توسيع مجال مكونات الشخصية (المرونة).
- ٧- إعطاء فرصة للتدريب على المكونات الجديدة.
- ٨- احتمال تفعيل الأنماط السلوكية غير المتطابقة (أن أكون متسامح ولكن ليس على الدوام).
- ٩- تغيير محتوى تفكير الفرد من خلال مبررات أخرى لسلوك الفرد.

ثانياً: الدراسات السابقة

ويقصد بها الدراسات أو البحوث ذات العلاقة بمبحث الاكتئاب والعلاج المعرفي السلوكي بمختلف أنواعها [سودانية — عربية — أجنبية] أولاً:- الدراسات السودانية

١. دراسة إنصاف عوض الكريم حامد ٢٠٠٥ م

بعنوان :- فعالية العلاج المعرفي السلوكي علي مرضي الاكتئاب دراسة تجريبية علي زوجات السودانيين العاملين بالخارج هدفت الدراسة الي تقسيم ومقارنة فعالية البرنامج المعرفي السلوكي مضاف إليه العقاقير المضادة للاكتئاب . وبرنامج العقاقير فقط بفرض التعرف علي أفضل البرامج العلاجية في تخفيف وإزالة الأعراض الاكتئابية .

تكونت عينة الدراسة من ٣٠ مريض

وقسمت العينة بالتساوي عشرة امرأة لكل عينة حيث طبق عليهم مقياس بيك للاكتئاب ثم أعيد تطبيقه مرة أخرى بعد انتهاء البرنامج العلاجية حيث أجريت ١٠٠ جلسة علاجية لكل من مجموعة العلاج المعرفي السلوكي أما مجموعة العلاج المزدوج فقد خضعوا ل ١٠٠ جلسة علاجية في حيث لم تطبق أي جلسات علاجية علي مجموعة العلاج بالعقاقير فقط.

وتوصلت النتائج إلي وجود فروق ذات داله إحصائية بين الظروف العلاجية المختلفة ، حيث كان أفضل برنامج هو برنامج المعرفي السلوكي المضاف إليه مضادات الاكتئاب وقد وصلت نسبة التحسن (٩٠)%

برنامج المعرفي السلوكي (٧٠)%

أما العلاج الدوائي (٥٠) %

وخلصت الدراسة إلي وجود برنامج المعرفي السلوكي ومحاولة شيوع استخدامه في علاج الاضطرابات النفسية .

١. دراسة عبد الرحمن عثمان ١٩٩٧ م

بعنوان برنامج العلاج السلوكي المعرفي لمرضى الاكتئاب من منظور إسلامي.

هدفت الدراسة إلي اقتراح برنامج للعلاج المعرفي السلوكي للاكتئاب المعدل بـماضين إسلامية وقد اشتملت عينة الدراسة علي (٤٩) مريضاً للاكتئاب الخالي من الأعراض الذهانية ، ثم استبعد الباحث ٢٥ فرداً ، من عينة الدراسة . وقسمت بقية العينة إلي ثلاث مجموعات ، بلغ عدد أفراد المجموعة الأولى (٧) أفراد واستخدم في علاجهم البرنامج المقترح والقائم علي استخدام الأحاديث النبوية والأدعية الواردة من الرسول صلي الله عليه وسلم .

والمجموعة الثانية عددها (١٠) أفراد بجانب العلاج المقترح والعلاج بالعقاقير الطبية وسميت مجموعة العلاج المزدوج أما المجموعة الثالثة فقد اشتملت علي (٧) حالات ، واستخدم معها . العلاج بالعقاقير الطبية فقط والهدف من الدراسة هو تنشيط _____ البناء المعرفي الديني لدى مرضى الاكتئاب . وتوصل الباحث في وجود علاقة ارتباطيه بين درجة التحسن في الاكتئاب وبين التحسن في الاتجاهات السالبة (داخل مجموعة العلاج بالبرنامج العلاجي المعدل) بينما تم نشر النتائج الي وجود علاقة مماثلة داخل تنفسي المجموعة بين التحسن في درجة الاكتئاب والاتجاهات السالبة مع كل من درجة التدين والنوع والمستوي التعليمي .

٢. دراسة هويدا حسب الرسول احمد ٢٠٠٥ م

بمعنوان : برنامج مقترح للعلاج المعرفي السلوكي عرض السكري المصابين بالاكتئاب ، هدفت الدراسة إلى معرفة مدى فعالية البرنامج المقترح في علاج الاكتئاب لدى مرضى السكري استخدمت الباحثة المنهج شبه تجريبي وتم اختيار أفراد العينة (١٥) من مرضى السكري المصابين بالاكتئاب الخالي من الأعراض الذهانية . طبقت إلى النتائج الآتية :-

- توجد فروق بين القياس القبلي والبعدي عن مستوى دلالة (٠,٠٥) مما يشير إلى فعالية العلاج بالبرنامج السلوكي المعرفي المقترح في العلاج الاكتئاب لدى مرضى السكري.
- لا توجد فروق في فعالية العلاج السلوكي المعرفي المقترح بين الذكور والإناث عند مستوى الدلالة (٠,٠٥).
- يوجد ارتباط موجب دال إحصائياً بين العمر الزمني وفاعلية العلاج بالبرنامج السلوكي المعرفي المقترح.
- لا يوجد ارتباط بين المستوى التعليمي وفاعلية العلاج بالبرنامج المعرفي السلوكي المقترح.
- توصلت إلى توصيات أهمها إدخال البرامج العلاجية في الأقسام النفسية في السودان والاستفادة من مثل هذه البرامج.

دراسات إقليمية:

دراسة عبد الكريم الموزاني - جامعة البصرة - العراق ٢٠٠٧م

بغنوان (ما هو العلاج السلوكي المعرفي).

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاج السلوكي المعرفي يتم بتلخيص الأفكار السلبية واحدة تلو الأخرى ويتم استبدالها بأفكار واقعية ، وهذه المهمة ليست بالسهلة أو السريعة ويعتمد تأثيرها على العديد من العوامل بدءاً من الإنسان المريض إلى الظروف الاجتماعية المحيطة به إلى تناوله للأدوية بصورة منظمة ومدى إحلال المعالج النفسي أو الطبيب النفسي حيث يتم بصورة تدريجية على هيئة جلسات تكون فردية أو جماعية يتم فيها إقناع المريض بأن ما يشعر به من أعراض ما هي إلا أعراض لمرض التهاب على سبيل المثال ، فإن هناك جراثيم معينة بسبب هذا الالتهاب والتي تنتج منها أعراض مثل الحمى فعلى نفس المنوال توجد للأمراض النفسية أسباب معينة ومن أهمها تداخل في نسبة الناقلات العصبية مثل السيروتونين في الدفاع وهذا التداخل يؤدي إلى ظهور أعراض مثل الخمول وعدم الثقة بالنفس وإعياء جسدي ، فهذه الأعراض تعتبر أعراض مؤقتة لمرض معين له أسباب وليست طباع متأصلة في الإنسان.

دراسات أجنبية

دراسة جونز وبوبوس ١٩٩٣م جامعة بنسلفانيا - الولايات المتحدة الأمريكية

بغنوان (فاعلية العلاج السلوكي المعرفي لعلاج مرضى الاكتئاب الحاد).

قارنا فيها مدى فاعلية العلاج السلوكي المعرفي بمفرده ، والعلاج السلوكي المعرفي مقترناً بالعقاقير وذلك لعلاج الاكتئاب الحاد.

بلغت عينة الدراسة ٣٢ فرد أعمارهم من (٨-٦٢) عام ، قسمت العينة إلى مجموعتين تضمن كلا منها ١٦ مريضاً ، وخضعت لأحد البرنامجين.

وتألف البرنامج العلاجي للمجموعتين من عشرين جلسة على مدى ١٢ أسبوع بواقع جلستين أسبوعياً في الأسابيع الثمانية الأولى، ثم جلسة واحدة فقط أسبوعياً في الأسابيع الأربع الأخيرة.

ثم استخدمتا فنيات المناقشة ومراقبة الذات وإعادة البناء المعرفي والتدريب على الاسترخاء والواجبات المنزلية ، وكشفت النتائج عن حدوث تحسن في حالة المرضى في المجموعتين واختفاء معظم الأعراض المرضية بدرجة كبيرة ، إلا أن الفروق بين النتائج كلا الأسلوبين لم تكن دالة وهو ما يعنى أن فاعلية العلاج السلوكي المعرفي بمفرده في علاج الاكتئاب الحاد تختلف في فاعليته إذا ما أضيف إليه العلاج بالعقاقير .

موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة

١- إن هذه الدراسة فردية وذلك على عكس الدراسات الأخرى . وذلك لقدرة المعالج في التحكم على إدارة الجلسة العلاجية. رغم ذلك كان شاقاً للمعالج من خلال التكلفة والجهد.

٢- اهتمت الدراسة بوجود الواجبات المنزلية في معظم الجلسات العلاجية

٣- تصميم الباحث على متابعة الدواء في بعض المجموعات العلاجية لان بعض المرضى يمثل لهم العلاج الشافي مع العلاج السلوكي المعرفي.

٤- اهتمام الدراسة بمعرفة أوجه القصور في الدراسات السابقة وهي الانتكاسة

عند توقف العلاجات بالعقاقير إذا ما يشعر المريض بدرجة ما من التحسن

٥- يري الباحث بضرورة إدخال تقنيات العلاج السلوكي المعرفي كأحد

التدخلات اللازمة في الأمراض العصابية علي وجه العموم ومرضي

الاكتئاب علي جهة الخصوص لما له من قيمه عاليه في درجات التحسن التي

أظهرتها الدراسة علي مرض الاكتئاب

٦- المتغيرات الديموجرافية كالعمر وفترة المرض تختلف من مجتمع لآخر

٧- ينصح باستخدام العلاج المعرفي السلوكي لحالات الاكتئاب ذات الفترة

المرضية طويلة المدى أو مما نجد اكتئابهم على مقياس بيبك المطول قد زاد

عن ١٥ درجة وهو ما يعرف بالاكتئاب المتوسط والاكتئاب الشديد.

الفصل الثالث

منهج البحث

الفصل الثالث

أولاً: منهج وإجراءات البحث

تمهيد :-

يحتوي هذا الفصل علي المنهج الذي اتبعه البحث بغرض التحقق من الفروض وتوضيح عينة البحث وأدوات البحث و الأساليب الإحصائية التي تمت بها معالجة البيانات.

أولاً: منهج البحث :-

استخدام الباحث المنهج التجريبي والذي يقصد به الملاحظة المقننة أو انه تغير مضبوط للشروط المحددة الظاهرة ذاتها وتغيرها

حيث يجري الباحث تغيرا مقصود في احد المتغيرات المؤثرة علي هذه الظاهرة ويضبط متغيرات أخرى ويتم التحكم فيها ليتوصل إلي علاقات سببية بين متغير واحد وغيره من المتغيرات (محمد مني : ٢٧٧,٢٠٠) .

ويمكن تعريف المنهج التجريبي بأنه عملية استقصاء علمي تتم علي أساس مجموعة محدودة والذي يقصد به إجراء محاولة لشيء وملاحظة منظمة لما يجري . أن العنصر في البحث العلمي التجريبي هو أن الباحث يصنع علي قصد الظروف التي تتعرض فيها مجموعات مختلفة^١.

وإن التجريب يتيح فرصة التغير عن قصد وتعتمد علي توافر شرطين ، الأول المتغير المستقل وهو(العلاج السلوكي المعرفي) والثاني هو المتغير التابع وهو (مرض الاكتئاب).

^١ - محمد عبد الحليم منسي ٢٠٠٠م- مناهج البحث النفسي في المجالات التربوية والنفسية- دار المعرفة الجامعية- الطبعة(بدون)- القاهرة

مما يجعل الاستنتاجات أكثر دقة من أي طريقة أخرى للبحث ، بالإضافة
مراجعة مآثم التوصل إليه من خلال النتائج ، لقد اختبر المنهج التجريبي الحقيقي
الذي يتم فيه ضبط المتغيرات الخارجية ضبط لمنع من تأثير عوائق (مهددات)
_____ الداخلي _____ الخارجي.^١

ثانياً: أدوات البحث:

١- استمارة دراسة الحالة (ملحق رقم ١) وهي الاستمارة المعنية بأخذ
المعلومات الكافية عن المريض ، وهذه الاستمارة استعان بها
الباحث من مستشفى الخرطوم التعليمي - قسم الطب النفسي.

٢- مقياس أرون بيك للاكتئاب (ملحق رقم ٢) وهو ذلك المقياس الذي
طبقه الباحث علي المرضى قبل وأثناء وبعد الجلسات للمجموعتين
التجريبية والضابطة.

٣- البرنامج العلاجي والذي استنبطه الباحث من نظرية العالم الكسندر
كلي وفعل به تسع آليات وتم استخدام هذا البرنامج علي المجموعة
التجريبية.

٤- الحالات العلاجية: ويقصد بها المجموعة التجريبية التي استخدم
معها البرنامج العلاجي وهم (٧٥) شخص من الجنسين الذكور
والإناث.

١- رجاء محمود أبو علام ١٩٩٥م- مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية- القاهرة- الأنجلو المصرية- الطبعة الثالثة.

ثالثاً: عينة البحث:-

مجتمع البحث مصطلح علمي منهجي يراد به كل من يمكن أن تعمم عليه نتائج البحث من الأشخاص الذين تنطبق عليهم مواصفات الباحث ويكونوا من الجنسين أو أحدهما طبقاً لما يستهدفه الباحث وما يريد أن يتوصل به من نتائج.^١

وعينة البحث هنا هم مرضي الاكتئاب المتوسط والشديد طبقاً لمعيار مقياس أرون بيك للاكتئاب ، والمشخصين من قبل أخصائي الطب النفسي بأحد مؤسسات العلاج النفسي سواء كانت بالمستشفيات وهي (الخرطوم - طه بعشر - السلاح الطبي - ألتيجاني الماحي - الإدريسي) ، وكذلك المراكز والعيادات الخاصة العاملة في مجال الطب النفسي مثل (مركز الخرطوم للطب النفسي والعصبي الحديث) الذي يعمل به الباحث.

وكان الباحث قد استبعد كل الذين تم تشخيصهم بالاكتئاب ولكن كان مستوي الاكتئاب لديهم درجة الاكتئاب البسيط ، ولم يتم حصرهم ، وذلك لان الباحث كان يحرص فقط أفراد العينة من مرضي الاكتئاب المتوسط والشديد.

وفي إطار جمع أفراد عينة البحث كان الباحث يجلس مع المريض المشخص بالاكتئاب ، ويشرح له باختصار فكرة البحث ومدى استفادة المريض منه ، ثم إذا وافق ، يشرح الباحث بتسجيل البيانات الأساسية للمريض ويتم الاتفاق علي الجلسات التي تتم داخل تلك المؤسسة العلاجية أو في المكان الذي يراه المريض مناسباً طالما كان ضمن المستشفيات أو المراكز ذات الطابع النفسي ، ولم يتم حصر عدد الأشخاص الذين لم يوافقوا علي انضمامهم لعينة البحث ، ولكن ما وجد الباحث اعتراضاً من مرضي كثر ،

^١ - بسمات محمد الحسن ٢٠٠١م- فعالية العلاج السلوكي في علاج الخوف الاجتماعي- ماجستير- جامعة النيلين

فقط سوي الذين إما الذين لم يتواصلوا في البرنامج العلاجي نسبة لظروف خاصة بهم ، أو الذين يرون أنهم قد توصلوا إلي درجة من التحسن تجعلهم لا يرغبون في إكمال الجلسات العلاجية أو حتى إجراء مقياس بيك للاكتئاب لمعرفة درجة الاكتئاب التي وصلوا إليها ، ولكن يؤكد الباحث أن معظم الذين استهدفهم من عينة أفراد البحث قد وافقت علي إجراء البرنامج المقترح معهم دون أي شروط.

ويتكون مجتمع البحث من (١٥٠) مريض اكتئاب مترددين علي العيادات والمستشفيات النفسية بولاية الخرطوم وذلك للفترة من (٢٠٠٨ — ٢٠١٣) والذين يتراوح أعمارهم ما بين (١٨ — ٦٩) من الذكور والإناث.

وكان غالبية أفراد مجتمع العينة من الذكور حيث بلغت نسبتهم ٧٠.٧% ، بينما بلغت نسبة الإناث ٢٩.٣% ، وتتراوح فترة مرضهم من شهر فأكثر.

• قسمت العينة إلي مجموعتين تم اختيارهم بطريقة قصديه ، ويقصد بهذه الطريقة الاختيار المحدد طبقاً لما يتلاءم مع متطلبات البحث ، وهنا تم الاختيار بشرط أن يكون أفراد العينة من مرضي الاكتئاب المشخصين مسبقاً من قبل أخصائي طب نفسي.

وقد قسم الباحث أفراد مجتمع البحث إلي مجموعتين:

- أ- مجموعة تجريبية :- وعددهم ٧٥ مريض وهم تلك الفئة التي تم علاجها عن طريق برنامج العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلي تناولهم مضادات للاكتئاب .
- ب- مجموعة ضابطة :- وعددهم ٧٥ مريض وهي تلك الفئة التي تم علاجها عن طريق الأدوية المضادة للاكتئاب دون الاستعانة بأي برنامج علاج نفسي.

رابعاً: مقياس بيك للاكتئاب BECK TEST

وهو اختبار العالم النفسي أرون بيك (A. beck depression inventory) لقياس درجة الاكتئاب ؛ ويعتبر المقياس من أكثر المقاييس انتشاراً في مجال العلاج النفسي.

قام بإعداده باللغة العربية غريب عبد الفتاح (١٩٨٥) وقد قننه للبيئة السودانية الباحثة إخلاص محمد بشير- كلية الدراسات العليا- ماجستير ، د/ محمد صلاح خليل - كلية الآداب جامعة الخرطوم ، د/ عبدالرحمن عثمان عبد المجيد - كلية التربية - جامعة أم درمان الإسلامية.

ويتكون المقياس من ٢١ سؤال ، وتكون إجابة كل سؤال في شكل أربعة عبارات متدرجة في الشدة ، يقابلها تدرج في الدرجة ، وتكون الدرجات من صفر إلى ثلاثة درجات ، والمثال التالي هو السؤال الأول في المقياس وهو يوضح مفهوم التدرج:

• هل تشعر بالحزن؟

٥- لا أشعر بالحزن

٦- أشعر بالحزن والكآبة

٧- أشعر بالحزن طوال الوقت ولا أستطيع التخلص منه

٨- أنا حزين لدرجة أنني لا أستطيع تحمل ذلك

ويتضح من المثال أن الجملة الأولى تعبر عن الخلو من أعراض الاكتئاب ، والجملة الثانية والثالثة والرابعة تعبر عن مستوى وعمق الاكتئاب ، وشدته بالتدرج ، وهنا

إذا اختار المريض الإجابة رقم (١) أعطاه المقياس درجة صفر ، وإذا اختار الإجابة رقم (٢) أعطاه المقياس درجة واحدة ، وإذا اختار الإجابة رقم (٣) أعطاه المقياس درجتين ، وإذا اختار الإجابة رقم (٤) أعطاه المقياس ثلاث درجات.

وتبلغ الدرجة الكلية علي المقياس ٦٣ درجة وتشير إلي أقصى شدة للاكتئاب ويوضح الجدول رقم (٢) يوضح تقدير درجة الاكتئاب باستخدام المقياس

الرقم	الحالة	الدرجة
١-	الطبيعي	٠-٩
٢-	الاكتئاب البسيط	١٠-١٥
٣-	الاكتئاب المتوسط	١٦-٢٣
٤-	الاكتئاب الشديد	٢٤- فوق

يوضح الجدول تصنيف نتيجة الاختبار إلي أربعة مراحل ، تبدأ من صفر وحتى ٩ درجات وتعطينا الدرجة الطبيعية ؛ ومن عشره إلي خمسة عشر تعطينا درجة الاكتئاب البسيط ومن ستة عشر وحتى ثلاث وعشرون تعطينا درجة الاكتئاب المتوسط ثم من أربعة وعشرون فما فوق تعطينا درجة الاكتئاب الشديد.

يتكون المقياس من ثلاثة عشرة مجموعة من الأعراض الاكتئابية هي:

الحزن - التشاؤم - الفشل - عدم الرضا - الشعور بالذنب - الشعور بالإحباط - أفكار ومحاولات الانتحار - الانسحاب الاجتماعي - التردد - تغير تصور الذات - صعوبة العمل - التعب - فقدان الشهية.

وقام غريب عبد الفتاح (١٩٨٥) بدراسة ثبات المقياس في البيئة المصرية بطريقتين:

١- إعادة المقياس:

وذلك علي عينة بلغت (٣٣) شخص تم تطبيق المقياس عليهم مرتين ، وبفاصل زمني بلغ الشهر والنصف وقد بلغ معامل الثبات (٠.٧٧) وهو معامل دال إحصائياً عند مستوي ٠.٠٠١

٢- التجزئة النصفية:

ينقسم المقياس إلي نصفين ، نصف يتضمن الفئات العمرية وآخر يتضمن الفئات الزوجية ، وطبق المقياس علي ٥٠ شخص. بلغ معامل الارتباط (٠.٠٧٧) وباستخدام معادلة (سبيرمان - براون) وصل معامل الثبات إلي (٠.٨٧) وهو دال إحصائياً عند المستوي (٠.٠٠١).^١

ويجب أن نوضح أننا في هذه الدراسة بصدد التدخل في حالات الاكتئاب بعمل اختبار بيك لكل حالات العينة وإذا وجد حالات اقل من درجه ستة عشر ستبعد من الدراسة ولذا سيخص الباحث حالات الاكتئاب المتوسط والشديد ويتم معها التدخل العلاجي باستخدام البرنامج المقترح من العلاج المعرفي السلوكي حسب نظرية العالم الكسندر كيلي والتقنيات المستخدمة من هذه النظرية.

١- ارون بيك ٢٠٠٠م- العلاج المعرفي السلوكي والاضطرابات الانفعالية- ترجمة عادل مصطفى- دار الآفاق العربية- الطبعة الأولى- القاهرة

خامساً: البرنامج العلاجي :-

هيكل البرنامج :-

المقدمة - الأهداف - فترة العلاج - المراحل العلاجية - أهداف الجلسات.

(١) المقدمة :-

وضع الباحث اهتماماً كبيراً بالبرنامج المقترح لأنه أداة جمع المعلومات الأساسية، ووضع ——— نظرياً وتطبيقياً وسيشمل هذا النموذج علي أهداف برنامج العلاج المقترح وفترة العلاج وخطواته وقد اعتمد البرنامج العلاجي لمرض الاكتئاب علي أساليب العلاج التي استخدمها جورج ، أليس ، و بيك في العلاج السلوكي المعرفي وهو علاج تكاملي للمدارس العلاجية المعرفية.

(٢) أهداف البرنامج :-

إعادة بناء جوانب في شخصية مريض الاكتئاب . وذلك بتعليمه عدداً من الاستراتيجيات العلاجية التي تهدف إلي تمليك المريض أساليب أكثر كفاءة للتعامل مع المشكلات واكتشاف قدرته ومهاراته واستخدامها في حل مشكلاته الحالية ، والاستفادة منها في المستقبل ——— زيادة قبول الفرد الذاتية تقوية عامة للذات

عند الطريقة الملائمة والشعور بالأمانة.^١

(٣) فترة العلاج :-

فترة العلاج ٨ جلسات مره أو مرتين أسبوعياً كحد أقصى ثلاث أشهر ،
٤٥ — ٦٠ دقيقة للجلسة علاء فرغلي () .

^١ - علاء فرغلي ٢٠٠٣م- خطوات العلاج النفسي- مكتبة النهضة - الطبعة الأولى - القاهرة

٤) المراحل العلاجية :-

الجدول رقم (٣) يوضح المراحل العلاجية .

الجلسات	الأهداف	الأدوات	الزمن	الواجبات المنزلية
الأولي	المقابلة التعريفية وبناء الثقة النفسي	مقياس بيك	٤٥ — ٦٠ دقيقة	
الثانية	بناء الثقة + الاستبصار	دراسة الحالة	٤٥ — ٦٠ دقيقة	الايجابيات والسلبيات
الثالثة	وضع قائمة المشكلات العمل + متابعة المريض		٤٥ — ٦٠ دقيقة	جدول الحدث والفكرة والانفعال
الرابعة	شرح النموذج المعرفي	مقياس بيك	٤٥ — ٦٠ دقيقة	أساليب تغير الفكرة الخاطئة
الخامسة	تعليم المريض أساليب جديدة للتخلص من قلة الشعور بالنشاط + شرح تأثير الاضطراب في النشاط + ضبط الإحساس		٤٥ — ٦٠ دقيقة	جدول النشاط والعمال + الفكرة السلبية والإحساس
السادسة	شرح طبيعة الأفكار الحالية وتعليم التحدث اللفظي للأفكار		٤٥ — ٦٠ دقيقة	جدول الفوائد والمضار للأفكار السابقة
السابعة	تعليم أساليب عملية لاختبار الفكرة + جدول صحة الفكرة			جدول اختبار صحة الفكرة
الثامنة	تعليم أساليب وقائية + الحياة	مقياس بيك	٤٥ — ٦٠ دقيقة	ورقة أهداف الحياة

٥) أهداف الجلسات :-

- ١- تبصير المريض
- ٢- خلق علاقة علاجية
- ٣- التعرف علي مشكلات العميل

- ٤- معرفة كيفية بداية وتطور المرض
- ٥- التعرف علي المهارات المستخدمة لتخفيف حدتها والتغلب عليها
- ٦- التعرف علي عوامل استمرار المرض
- ٧- معرفة إذا ما كان هنالك تاريخ مرض نفسي سابق
- ٨- علاج المريض

الجلسات العلاجية:

يورد الباحث هنا ملخص من الجلسات العلاجية التي تمت بينه وبين مرضي الاكتئاب المستخدم معهم البرنامج العلاج المعرفي السلوكي المقترح ، مضافاً اليه مضادات الاكتئاب.

الجلسة الأولى:

الأدوات المستخدمة: مقياس بيك للاكتئاب ، ويستخدم المقياس في الجلسة الأولى وذلك لتقييم المريض قبل بدء العلاج.

أهداف الجلسة:

- بناء الثقة مع المريض
- خلق علاقة مع المريض
- التعرف علي مشكلات العميل
- معرفة بداية وتطور المشكلة
- التعرف علي المهارات المستخدمة لتخفيف حدتها والتغلب عليها
- معرفة ما إذا كان هنالك تاريخ مرض نفسي سابق

الجلسة الثانية:

الأدوات المستخدمة: دراسة الحالة

- بناء الثقة
 - استبصار المريض بطبيعة مرض الاكتئاب
 - تحديد الأهداف العلاجية
 - التأكيد علي أهمية التعاون بين المعالج والمريض
- الواجب المنزلي: تعليم المريض كتابة الايجابيات والسلبيات التي يعرفها عن نفسه.

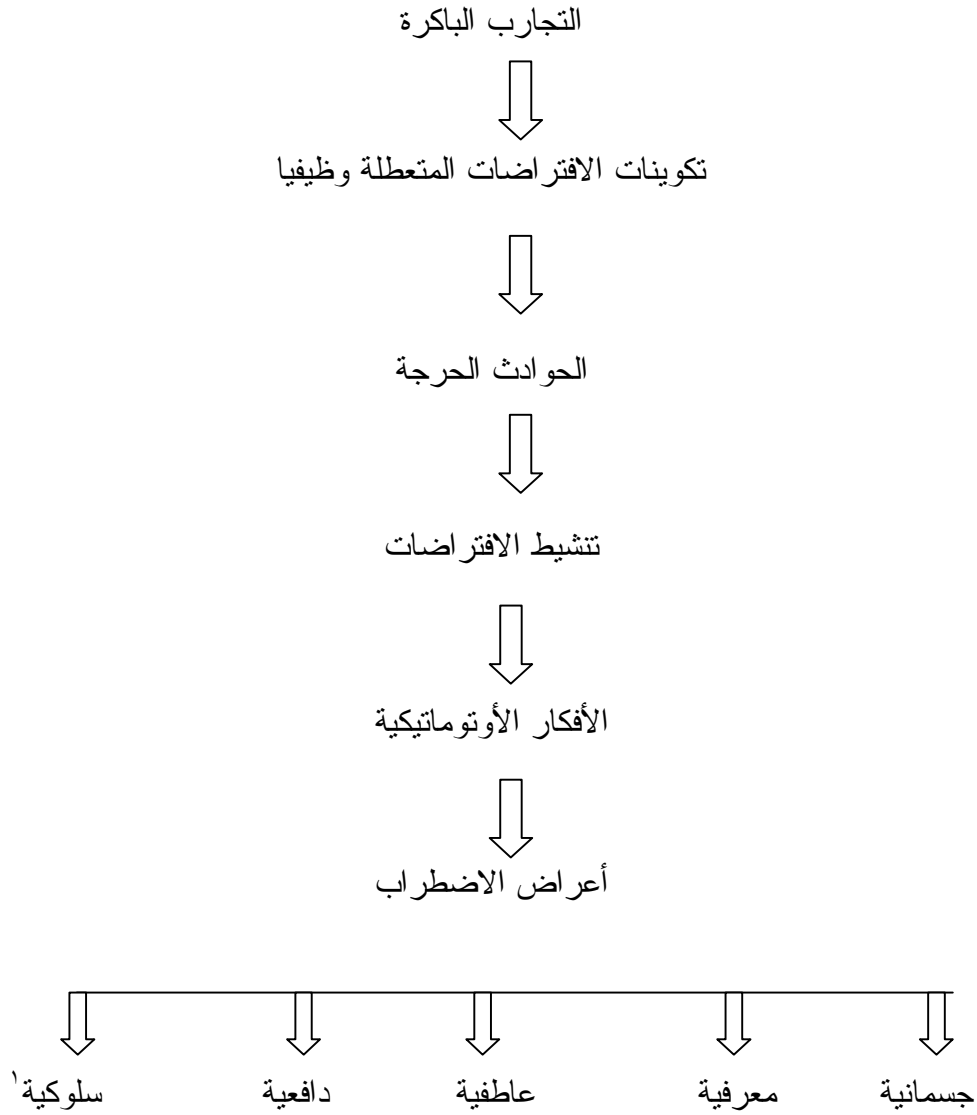
الجدول رقم (٤) يوضح جدول السلبيات والايجابيات:

الايجابيات	السلبيات

الجلسة الثالثة:

- مناقشة جدول السلبيات والايجابيات التي سجلها المريض.
 - وضع قائمة بمشكلات العميل
 - التعرف علي الأفكار التي تحدث حينما ينخفض مزاجه
 - التعرف على أهمية الواجبات المنزلية
 - الاتفاق علي الخطة العلاجية وتنظيم شكل الجلسات (وضع الأجندة).
- شرح النموذج المعرفي للاكتئاب (الشرح هنا يجب أن يتناسب مع ثقافة وتعليم المريض) .

النموذج المعرفي المستخدم في الجلسة الثالثة



الواجب المنزلي: رصد وتسجيل المريض لأفكاره وتحديد الانفعال الذي يصاحب
الفكرة.

١- عبد الستار إبراهيم ١٩٩٤م- العلاج النفسي المعرفي السلوكي الحديث أساليب ومبادئ تطبيقه- دار الفجر للنشر والتوزيع- الطبعة (بدون)
القاهرة

الجدول رقم (٥) يوضح جدول الحدث والفكرة والانفعال

الانفعال	الفكرة	الحدث

الجلسة الرابعة:

الأدوات المستخدمة: مقياس بيك للاكتئاب ، ويستخدم المقياس هنا لمعرفة مدى تحسن الحالة وهو بمثابة مؤشر علي مدى نجاح العملية العلاجية إذا ما كان هناك انخفاض في درجات مقارنة بالجلسة العلاجية الأولى.

• مناقشة الواجب المنزلي (الحدث والفكرة والانفعال)

• شرح النموذج الانفعالي

• التمرينات الذهنية

• النشاطات الامتصاصية – حساب الأفكار

• تعليم المريض أساليب لتحديد الأفكار السالبة

الجدول رقم (٦) يوضح وضع الأجندة في كل جلسة

البند	الموضوع	الزمن	الأدوات
وضع الأجندة	القيام بوضع أجندة الجلسة	٥ دقائق	مقياس أرون بيك للاكتئاب
مراجعة الواجب السابق	القيام بمراجعة جدول رصد الفكرة والموقف والانفعال ومناقشة الصعاب إن وجدت	٥ دقائق	
موضوع الجلسة الحالية	تعليم المريض أساليب تقليل تكرار الأفكار السالبة	٢٠ دقيقة	
الواجب المنزلي	جدول مراقبة العواطف غير السارة ، موقف المشكلة، الأفكار السالبة	١٠ دقائق	
التغذية الراجعة	مراجعة ما استفاده العميل من الجلسة	٥ دقائق	

تعليم المريض أساليب جديدة للتقليل من تكرار الأفكار السالبة:

- ١- التركيز علي هدف واحد وهنا يتعلم المريض أنه حينما تأتيه الأفكار السالبة يحاول أن يشغل نفسه بهدف معين وأن يركز انتباهه فقط نحو هذا الهدف.

٢- استخدام طريقة وعي الحواس وهنا يحاول المريض التركيز علي محيطه ككل.

٣- عند الشعور بتوتر الأفكار السالبة قم بالتمارين الذهنية الآتية:

إبدأ بالعد تنازلياً أو تصاعدياً ١٠٠ +/-

٤- أغمض عينيك وتذكر ذكريات حلوة مرت بك في الماضي القريب أو البعيد.

٥- نشاطات جسدية + ذهنية امتصاصية

٦- حساب الأفكار ، قم بملاحظة الأفكار غير السارة ، أحسبها ولا تجعلها تؤثر عليك ، وحتى تستطيع تحديد هذه الأفكار عليك عمل ثلاثة نماذج:

النموذج الأول: العواطف غير السارة وهي توضح نوع الفكرة ونوع الإحساس

الجدول رقم (٧) يوضح النموذج الأول

نوع الإحساس	نوع الفكرة	العواطف غير السارة

النموذج الثاني: موقف المشكلة وهو يوضح المواقف التي تمر بك وما ترتبط

بها من عواطف غير سارة.

الجدول رقم (٨) يوضح النموذج الثاني

الموقف	العواطف غير السارة

النموذج الثالث: درجة الاعتقاد بالفكرة ويقصد به ما هو مدي الاعتقاد بالأفكار وتحاول أن تعطي إيمانك بالفكرة درجة من صفر إلى ١٠٠ درجة.

الجدول (٩) يوضح النموذج الثالث

الفكرة	الإحساس بالسوء	درجة الاعتقاد بالفكرة

قم بملء هذه الجداول كلما شعرت بالأفكار السالبة وسجل أي إحساس مرتبط بها.

الجلسة الخامسة:

- تعليم المريض أساليب جديدة للتخلص من قلة الشعور بالنشاط
- شرح تأثير الاضطراب في النشاط
- تعلم ضبط الإحساس

أجندة الجلسة

البند	الموضوع	الزمن المستغرق / دقيقة
وضع الأجندة	وضع أجندة الجلسة	٥
مراجعة الواجب السابق	القيام بمراجعة جدول تحديد الأفكار السالبة والصعوبات	١٠
موضوع الجلسة الحالية	تعليم أساليب سلوكية لإنجاز العمل	١٠
الواجب المنزلي	جدول النشاط وتقسيم الأعمال	١٠
التغذية الراجعة	مراجعة ما استفاده المريض من الجلسة	٥

تعلم أساليب سلوكية للتخلص من الاضطراب:

- عمل جدول للأنشطة التي تشعر بمتعة حينما تفعلها ولو كانت بسيطة
- لاحظ مدي الانجاز ، ولا تهتم بالتفوق ، وتذكر أن الشخص المكتئب ينفق كثيراً من الوقت لإنجاز الأعمال
- الجدول رقم (١٠) يوضح تعلم كيفية وضع جدول زمني مثل ما هو موضح

الزمن	نوع النشاط
٧ - ٩ صباحاً	نشاط رياضي

وقد تشعر أنه كثيراً عليك ولن تستطيع انجاز العمل فيجب عليك هنا تقسيم الأعمال

جدول رقم (١١) يوضح تقسيم العمل لخطوات

نوع الإحساس بعد إنجاز كل جزء	قسم العمل إلي خطوات
	١- ٢- ٣-

الجلسة السادسة:

- شرح طبيعية الأفكار الحالية
- تعلم التحدث اللفظي للأفكار

أجندة الجلسة:

البند	الموضوع	الزمن / دقائق
وضع الأجندة	الاتفاق علي أجندة الجلسة	٥
مراجعة الواجب السابق	القيام بمراجعة جدول النشاط والصعوبات	٥
موضوع الجلسة الحالية	شرح طبيعة الأفكار الحالية وتعلم التحدث اللفظي للأفكار	٢٥
الواجب المنزلي	جدول الفوائد والمضار	٥
التغذية الراجعة	مراجعة ما استفاده المريض	٥

يشرح المعالج للمريض طبيعة الأفكار السالبة وأن هذه الأفكار تتميز بالآتي:

١- التعميم الزائد: فمن خبرة واحدة تعمم الحكم علي كل الخبرات (إذا لم لم أنجح مرة في عمل شيء تقول أنا فاشل).

٢- تذكر الجوانب غير السارة: وهنا نتذكر الجوانب السالبة في حياتك بينما تغفل عن تذكر الجوانب السارة (أنا أبداً ما فرحت).

٣- التفكير المتطرف: إذا ما عملت هذه النقطة تقول (أعمالي كلها خطأ).

٤- أن تأخذ علي عاتقك مسؤولية الأشياء التي لم تكن لك فيها يد.

٥- التسرع والقفز بالنتائج: دائماً تقول (فشلي في الدراسة يعني فشلي في الحياة).

- وبعد شرح الأفكار السالبة الحالية للمريض يتعلم كيفية تحدي الأفكار عن طريق التحدث بها ، وهذا يتم عن طريق طرح المريض أسئلة علي نفسه:

أ- ما هو الدليل علي صحة فكري؟

ب- كيف سيكون تفكيري إذا لم مكتئباً؟

ج- كيف يفكر شخص آخر في هذا الأمر؟

د- ماذا تقول لشخص آتي إليك بمثل مشكلتك؟

جدول رقم (١٢) يوضح فوائد ومضار الأفكار:

المضار	الفوائد	الفكرة

وهنا يسجل المريض فوائد ومضار تفكيره ، ثم يعرض علي نفسه بعض الأسئلة:

١- ما هو الخطأ في تفكيري؟

٢- هل أنا متشائم؟

٣- هل أتوقع من نفسي أن أكون ناجحاً دائماً؟

٤- هل أنظر إلي جوانب النقص في نفسي فقط؟

٥- ماذا علي أن افعل لتغيير أفكاري؟

ثم يحاول المريض الإجابة علي هذه الأسئلة.

الجلسة السابعة:

• تعليم أساليب عملية لاختبار الفكرة

• عمل جدول صحة الفكرة

وضع الأجندة

البند	الموضوع	الزمن / الدقائق
وضع الأجندة	الاتفاق علي أجندة الجلسة	٥
مراجعة الواجب السابق	جدول الفوائد والمضار	٥
موضوع الجلسة الحالية	تعليم الأساليب العملية لاختبار الفكرة	٢٠
الواجب المنزلي	جدول اختبار صحة الفكرة	١٠
التغذية الراجعة	ما استفاده المريض من الجلسة	٥

طريقة اختبار الفكرة:

أ- حدد الفكرة

ب- ضع دليلاً علي صحتها

ج- قم بتجربة عملية علي صحتها

ثم يقوم المريض بممارسة هذه المهارات متى ما هاجمته تلك الأفكار

جدول رقم (١٣) يوضح الأفكار والدليل علي صحتها

الأفكار	الدليل علي صحتها	الشعور	الفكرة البديلة	الشعور

الجلسة الثامنة:

الأدوات: مقياس بيك للاكتئاب ، ويستخدم المقياس هنا في نهاية الجلسة الثامنة للتقييم النهائي للمريض بعد آخر جلسة علاجية لمعرفة مدى تحسن حالة المريض.

- تعلم أساليب وقائية لمنع الانتكاسة.
- التعرف علي طبيعية الافتراضات المتعطلة.
- إنهاء العلاج وتقييم العملية العلاجية.

البند	الموضوع	الزمن / الدقائق
وضع الأجندة	الاتفاق علي أجندة هذه الجلسة	٥
مراجعة الواجب السابق	جدول اختبار صحة الفكرة	٥
موضوع الجلسة الحالية	تعليم أساليب وقائية	٢٠
التغذية الراجعة	تقييم العملية العلاجية	١٥

يوضح المعالج للمريض كيفية الاستفادة من الاستراتيجيات الوقائية وذلك عن طريق تعلم مهارات تقلل من احتمال النكسة في المستقبل من خلال التعرف علي ما يسمى الافتراضات المتعطلة وظيفياً وهذه الافتراضات كامنة ومختفية في اللاشعور ، فمثلاً (أنا لازم أنجح وأحرز أفضل الدرجات) يغفل المريض هنا أن هناك ظروف خارجية

عن إرادته قد تعيقه في انجاز رغبته ، وأن هذه الافتراضات لا تضع أي اعتبار لما قد يجد من أحداث ، كما تجعلك متطرف في عواطفك ، فتجعل من أبسط الأشياء مشكلة.

ويمكن أن يضع المعالج والمريض خطاً للطوارئ بتكوين حقيبة إسعافات تحتوي علي المصاعب التي واجهته حين كان مكتئباً ، ثم يحفظه في مكان معلوم لديه ، حتى إذا حدثت نوبة اكتئابية يصبح قادراً علي إلقاء نظرة عليها.^١

^١ - هويدا حسب الرسول ٢٠٠١م- فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي علي المرضى المصابين بالسكر - ماجستير - جامعة الخرطوم

الفصل الرابع

عرض النتائج

الفصل الرابع

عرض النتائج ومناقشتها

عرض نتيجة الفرض الأول:

والذي ينص على (يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في فاعلية تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي مع استخدام مضادات الاكتئاب والمجموعة الضابطة الذين لم يتلقوا أي نوع من العلاج النفسي لدى مرض الاكتئاب) .

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث اختبار (ت) لعينيتين مستقلتين لمعرفة الفروق.

جدول رقم (١٤) يوضح اختبار (ت) لعينيتين مستقلتين وذلك على النحو التالي:

Test Type		N	Mean	Std. Deviation	P-value
القياس في أول جلسة	علاج معرفي سلوكي + مضاد الاكتئاب	٧٥	٢٩.٤٠	٧.٤٣٨	٠.٠٠٠
	مضاد الاكتئاب	٧٥	٣٧.١٢	١١.٤٧٧	
القياس بعد الجلسة الثالثة	علاج معرفي سلوكي + مضاد الاكتئاب	٧٥	٢٣.١١	٦.٣١٧	٠.٠٢٣
	مضاد الاكتئاب	٧٥	٢٥.٧٢	٧.٥٧٩	
القياس بعد الجلسة السادسة	علاج معرفي سلوكي + مضاد الاكتئاب	٧٥	١٦.٤٤	٥.٠٤١	٠.٧١٢
	مضاد الاكتئاب	٧٥	١٦.٧٣	٤.٦٦٨	
القياس بعد الجلسة الثامنة	علاج معرفي سلوكي + مضاد الاكتئاب	٧٥	٨.٦٠	٣.٩٠٤	٠.٠١٦
	مضاد الاكتئاب	٧٥	١٠.٠٧	٣.٤٦٥	
المجموع	علاج معرفي سلوكي + مضاد الاكتئاب	٧٥	٧٧.٥٥	٢٢.٧	
	مضاد الاكتئاب	٧٥	٨٩.٦٤	٢٧.١٨٩	

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أنه توجد فروق دالة إحصائية بين المجموعتين الضابطة والتجريبية لصالح المجموعة التجريبية ، حيث كان المتوسط الحسابي

للمجموعة التجريبية تمثل (ن ٧٥) ومتوسطه الحسابي (٧٧.٥٥) أقل من المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة (٨٩.٦٤) كذلك القيمة الاحتمالية اصغر من قيمة (ت) عند مستوى الدلالة المعنوية (٠.٠٥) وهذا يدل علي نجاح العلاج السلوكي المعرفي مع تناول العقاقير مما أدى إلي تخفيض حالت الاكتئاب لدي المرضى ، وهذا يؤكد وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية التي تلقت العلاج السلوكي المعرفي بالإضافة إلى العقاقير وبين المجموعة الضابطة التي لم تتلقى أيًا من العلاج النفسي. إذا نقبل الفرض الصفري ونرفض الفرض البديل.

مناقشة الفرض الأول:

أثبتت نتيجة هذا الفرض بوجود فروق ذات دلالة إحصائية في فاعلية العلاج السلوكي المعرفي مع تناول العقاقير والمجموعة الضابطة التي لم تتلقى أي من العلاج النفسي لدي مرض الاكتئاب ، حيث توصلت دراسة (إنصاف عوض الكريم حامد ٢٠٠٥) أن مجموعة العلاج المزدوج الذين خضعوا لـ ١٠٠ جلسة علاجية ، حيث أثبتت النتائج بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الظروف المختلفة حيث كان أفضل البرامج برنامج المعرفي السلوكي المضاف إليه العقار ، وقد وصلت نسبة التحسن (٩٠%) كذلك دراسة جونز وبولوس ١٩٩٣ حيث قارنا فيها مدي فاعلية العلاج السلوكي المعرفي مقترناً بالعقاقير حيث بلغت عينة الدراسة ٣٢ أعمارهم من (٨-٦٢) وقسمت العينة إلي مجموعتين ضمن كل منها ١٦ مريضاً وخضعت لأحد البرنامجين فقط. وتألف البرنامج العلاجي للمجموعتين من عشرين جلسة. واستخدمت فنيات المناقشة ومراقبة الذات وإعادة البناء المعرفي والواجبات المنزلية. كشفت النتائج عن حدوث تحسن في حالة المرضى في المجموعتين واختفاء معظم

الإعراض المرضية بدرجة كبيرة ، الا أن الفروق بين نتائج كلا الأسلوبين لم تكن دالة وهو ما يعني أن فاعلية العلاج السلوكي المعرفي بمفرده في علاج الاكتئاب تختلف فاعليته إذا ما أضيف إليه العلاج بالعقاقير .

عرض نتيجة الفرض الثاني:

والذي نصه (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استخدام مضادات الاكتئاب فقط كعلاج للاكتئاب من خلال استخدام مقياس بيك للاكتئاب).

الجدول رقم (١٥) يوضح استخدام اختبار (ت) لعينتين مرتبطتين وذلك علي النحو التالي:

المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار (ت)	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
٨٩.٦٤	٢٧.١٨٩	٠.٧٩	٠.٤٥٨	لا توجد فروق

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين أفراد العينة فيما يتعلق بتناول العقاقير، وأن القيمة الاحتمالية أكبر من مستوى الدلالة المعنوية (٠.٠٥) وبهذا نقبل الفرض الصفري ونرفض الفرض البديل بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية.

مناقشة الفرض الثاني:

أوضحت نتائج هذه الفرضية بعدم وجود فروق ذات دلالة لصالح المجموعة الضابطة وهى ما توصلت إليه دراسة هناء محمد بشير ٢٠١١م بعنوان فاعلية برنامج العلاج السلوكي المعرفي في علاج الاضطراب التحولي والتي استخدمت الباحثة العلاج السلوكي المعرفي مع تناول المريض العقاقير المضادة للاضطراب التحولي لان المريض يحتاج إلي التخلص من الصراعات النفسية وضعف الشخصية وتعليمه مواجهة الواقع ..، وفي دراسة إنصاف عوض الكريم ٢٠٠٥ بعنوان فاعلية العلاج المعرفي السلوكي علي مرضي الاكتئاب ، هدفت هذه الدراسة إلي تقييم ومقارنة فعالية برنامج العلاج المزدوج (العلاج المعرفي السلوكي مضافاً إليه العلاج بالعقاقير المضادة للاكتئاب.. وتوصلت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الظروف العلاجية المختلفة حيث وصلت نسبة التحسن (٥٠%) للذين يتناولون العقاقير وتعد هذه النسبة اقل درجات التحسن إذا ما قورنت بـ (٧٤%) للذين يتناولون العلاج المزدوج.

ومن المعروف أن الدواء يلعب دوراً رئيساً لمرضى الاكتئاب ولكم علينا أن نضع العلاج السلوكي المعرفي للشفاء التام إذ يلعب العلاج السلوكي المعرفي دوراً كبيراً إذا ما أضيف إلي العلاج بالعقاقير.

ومن الدراسات السابقة تتضح جميعها علي عدم وجود دلالة مهمة في تحسن المريض النفسي بصورة عامة بالعلاج بالعقاقير فقط.

عرض نتيجة الفرض الثالث:

والذي ينص عي الأتي (لا توجد فروق ذات دالة إحصائية تعزي العمر لمجموعة المرضى الذين تم التطبيق عليهم برامج العلاج المعرفي السلوكي لهم بالإضافة إلي ثناء لهم مضادات الاكتئاب) .

وللتحقق من صحة هذا الفرض أستخدم الباحث اختبار (ف) لمعرفة احتمالية وجود علاقة فاعلة للاستجابة لبرنامج العلاج السلوكي المعرفي والعمر الزمني لمرضى الاكتئاب

جدول رقم (١٦) يوضح اختبار (ف) لتحليل التباين الأحادي علي النحو التالي:

العمر	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار (ف)	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
من ١٨ - ٣٠	٣٩	١٨	٢.٨	٠.١٤٢	٠.٨٧١	لا توجد فروق
٣١ - ٤٠	٥١	١٩.٣	٣.٥			
٤١ - فما فوق	٦٠	٢١.٣	٦.٥			
المجموع	١٥٠	٥٨.٦	١٢.٨			

من خلال الجدول السابق نلاحظ أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في المجموعة التجريبية الذين تلقوا العلاج السلوكي المعرفي بين الفئات العمرية المختلفة وهذا يدل على صحة هذا الفرض القائل لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية الذين تلقوا العلاج السلوكي المعرفي والعمر الزمني.

مناقشة الفرض الثالث:

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات الاكتئاب تعزي للعمر وبذلك قبلنا الفرض الصفري ورفضنا الفرض البديل. وقد أثبتت بعض الدراسات بعدم وجود فروق تعزي العمر وذلك في دراسة (حنان أحمد عبدالرحمن ١٩٩٤) عن أثر العلاج السلوكي المعرفي علي مرضي الاضطراب التحولي. وفي هذه الدراسة أكدت الباحثة أن أعراض الاضطراب التحولي يمكن أن تأتي للمراحل العمرية جميعها ولكن مع تطبيق البرنامج العلاجي تستطيع هذه الفئات العمرية التغلب علي أعراض الاضطراب بمساعدة المعالج النفسي في أخذ جرعات العلاج السلوكي المعرفي حيث يتم تلخيص الأفكار السلبية واحدة تلو الأخرى ويتم استبدالها بأفكار واقعية وهذه المهمة ليست بالسهلة أو السريعة ويعتمد تأثيرها علي العديد من العوامل أولها تعاون المعالج ، وكيفية تبصير المريض ، واستراتيجية البرنامج العلاجي (الموازني ٢٠٠٧).

كذلك السبب في عدم وجود الفروق هو إحداث التوازن النفسي من قبل العلاج السلوكي المعرفي ووجود الرضا عن الذات لدي العميل بعد تبصيره في المراحل الأولى من العلاج ، فيجد الفرد لأول مرة قادراً علي تجاوز أزماته النفسية وحل صراعاته المكبوتة وتحقيق احتياجاته النفسية والاجتماعية ، حيث في كل الفئات العمرية يحتاج الفرد الي العلاج السلوكي المعرفي طال ما هو مريض بالاضطراب التحولي. ووضع الباحثة لهذا الفرض العلمي العدمي (بعدم وجود فروق في الفئات

العمرية أقل من ١٨ عام ، ومن ١٨ - ٢٥ عام ، وأكثر من ٢٥ عام لان إستراتيجية العلاج السلوكي المعرفي يمكن الاستفادة منها في جميع المراحل العمرية.

ومما سبق ذكره يتضح لنا أن الفكرة الأساسية لعدم فروق في الاستجابة للعلاج السلوكي المعرفي حيث تعزي هذه السمات للشخصية وليست للعمر بالسنوات.

عرض نتيجة الفرض الرابع:

الذي ينص على (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزي النوع لمجموعة المرضى الذين تم التطبيق عليهم برامج العلاج المعرفي السلوكي لهم بالإضافة إلي إعطاؤهم مضادات الاكتئاب) .

وللتحقق من هذا الفرض استخدام الباحث اختبار (ت) لعينتين مرتبطتين لمعرفة عدمية الفروق بين الذكور والإناث في الاكتئاب.

جدول رقم (١٧) يوضح اختبار (ت) لعينتين مرتبطتين وذلك علي النحو التالي:

النوع	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار (ت)	القيمة الاحتمالية	الاستنتاج
الذكور	١٠٦	٢٣.٩٣	١٢.٢٦	٠.٤٥	٠.٦٤	لا توجد فروق بين المجموعتين في الإكتئاب عند مستوي الدلالة ٠.٠٥
الإناث	٤٤	٢٤.٦٩	١١.٧٠			
المجموع	١٥٠					

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في المجموعة التجريبية الذين طبق عليهم العلاج السلوكي المعرفي بين الذكور والإناث وهذا يدل على صحة الفرض القائل (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية الذين تلقوا العلاج السلوكي المعرفي تعزي للنوع ذكور وإناث) إذا نرفض الفرض البديل ونقبل الفرض الصفري.

مناقشة الفرض الرابع:

أثبتت نتائج هذه الدراسة صحة الفرض بعدم وجود فروق في فعالية العلاج السلوكي المعرفي بين الذكور والإناث وبالرجوع إلى الدراسات السابقة أيضا توصلت الي عدم وجود فروق فنجد دراسة (عبد الرحمن عثمان ١٩٩٧) والتي تهدف الي معرفة درجة التحسن وفعالية العلاج بالبرنامج المعرفي السلوكي المقترح والمعدل بمضامين إسلامية نجده يشير إلى أنه لا توجد فاعلية للعلاج بالبرنامج السلوكي المعرفي المقترح للاكتئاب تعزي إلى النوع ، وأكدت دراسة (هويدا حسب الرسول ٢٠٠١) أنه لا توجد فروق في فعالية العلاج السلوكي المعرفي بين الذكور والإناث ، كذلك دراسة (حباب ٢٠٠٠م) التي توصلت إلى عدم وجود تفاعل بين النوع علي درجة مقياس الهستيريا ، ودراسة (أمونه تاج السر ٢٠٠٦) إلى أنه لا توجد فروق بين الذكور والإناث في الاستجابة للتتويم الإيحائي.

ويعزي الباحث عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزي النوع إلى عوامل كثيرة بدءاً من الإنسان المريض إلى الظروف الاجتماعية المحيطة به ، ومدي تعاون المعالج النفسي مع المريض حيث يتم بصورة تدريجية ، كذلك برنامج العلاج السلوكي المعرفي إذ يعد برنامج هادف يحتوي علي أنواع متعددة من الجلسات النفسية التي لها الأثر الإيجابي علي الذكور والإناث بالنسبة لمرضي الاكتئاب.

كذلك مناقشة كلاً من الذكور والإناث في الأفكار السلبية مع كل مريض (علاج فردي) فنجد دراسة (حنان أحمد عبدا لرحمن ١٩٩٤ بعنوان مقياس الاضطرابات الهستيرية لدي طلاب جامعة الخرطوم) وهدفت هذه الدراسة علي التعرف علي مدي انتشار الاضطرابات بين طلاب جامعة الخرطوم فكانت النتيجة توجد فروق ذات دالة إحصائية بين الجنسين وذلك لان هذا العصر عصر القلق ولذلك يمكن أن تصاب المرأة بالاضطراب التحولي حيث تخضع لضغوط الحياة وكذلك الرجل يواجه ضغوط بسبب تضخم نفقة الزواج وبالتالي عدم تحمل المسؤولية ، حيث جميع الأسباب المذكورة تؤثر في بعض الأفراد وبالتالي تظهر الأعراض التحولية.

عرض نتيجة الفرض الخامس:

والذي ينص علي (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزي المستوي التعليمي لمجموعة المرضى اللذين تم التطبيق عليهم برنامج العلاج المعرفي السلوكي لهم مع تناولهم مضادات الاكتئاب) .
الجدول رقم (١٨) يوضح اختبار اسبيرمان لمعرفة العلاقة بين الاكتئاب والمستوي التعليمي.

حجم العينة	الارتباط	الاحتمالية	الاستنتاج
١٥٠	٠.٠٢	٠.٧٣	لا يوجد ارتباط دال إحصائياً بين المتغيرين

يلاحظ من الجدول أعلاه والذي يوضح معامل ارتباط اسبيرمان لمعرفة العلاقة بين الاكتئاب والمستوي التعليمي ، قيمة الارتباط (٠.٠٢) والقيمة الاحتمالية (٠.٧٣) مما يشير إلي عدم وجود ارتباط بين المتغيرين.

مناقشة الفرض الخامس:

يهدف هذا الفرض لمعرفة الارتباط بين الاكتئاب والمستوي التعليمي ، وبعد إجراء المعالجة الإحصائية توصل الباحث بأنه لا يوجد ارتباط بين المستوي التعليمي والاكتئاب وبهذه النتيجة تحقق فرضية الباحث.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع دراسة منى معاوية (٢٠٠١م) التي أكدت نتائج دراستها أنه لا توجد فروق في المستوي الأكاديمي لدي المصابين بالاكتئاب.

كذلك اتفقت فرضية الباحث مع نتائج الدراسات الأجنبية (كدراسة هونج وآخرون ١٩٩٧م) ودراسة بوشنكا (١٩٩٢م) ودراسة دانيال كوكر (٢٠٠٨م) وأن ذلك مرده المآل الذي نجده عند بعض المرضى من التفكير في الانتحار والشروع الفعلي في الانتحار لدي البعض الآخر مما يتساوي لدي الكثير من المرضى الرغبة في العلاج للتخلص من تلك الأفكار والأفعال بغض النظر للمستوي التعليمي الذي ينتمون إليه وذلك نظراً للمعاناة التي يشعرون بها في تلك الأثناء.

وبمراجعة الأدبيات المتعلقة بالاكتئاب وعلاقتها بالمستوي التعليمي وجد الباحث أن هناك علاقة ما بين المستوي التعليمي والاكتئاب حيث أنه وجد أكثر في الأميين وربما أن الذين وجدوا خطأ وافر من التعليم عواقب المرض وقد يتحلون بالمعلومات الكافية عن المرض تقيهم من الإصابة بالاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب. كما أن التعليم يلعب دور أساسي في إقامة سند اجتماعي يحمي الفرد ويساعده من الأزمات والضغوط، كما أن للتعليم دور رئيسي في دعم الثقة بالنفس ودعم الطمأنينة ومن ثم تماسك الشخصية

عرض نتيجة الفرض السادس:

والذي ينص علي: (لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزي فترة المرض لمجموعة المرضى اللذين تم تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي لهم مع أخذهم مضادات الاكتئاب).

وللتحقق من صحة هذا الفرض أستخدم الباحث اختبار (ف) لمعرفة احتمالية وجود علاقة فاعلة للاستجابة لبرنامج العلاج السلوكي المعرفي وفترة المرض لدي مرضي الاكتئاب

جدول رقم (١٩) يوضح اختبار (ف) لتحليل التباين الأحادي علي النحو التالي:

العمر	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة اختبار (ف)	القيمة الاحتمالية	الإستنتاج
أقل من ٦ شهور	١٨	١٤.٤	١.٣٤٣	٠.٣٤١	لا توجد فروق
من ٦ شهور - ٣ سنوات	٣٠	١١.٤			
أكثر من ٣ سنوات	٤٣	١٤.٥			
المجموع	٩١	٤٠.٣			

من خلال هذا الجدول نلاحظ أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المجموعة التجريبية الذين طبق عليهم برنامج العلاج وبين فترة المرض وهذا يدل على صحة الفرض القائل لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزي فترة المرض لمجموعة المرضى الذين تم تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي لهم مع أخذهم مضادات الاكتئاب).

مناقشة الفرض السادس:

أثبتت هذه الدراسة بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية للإستجابة للعلاج السلوكي المعرفي تعزي لفترة المرض. كما تشير الدراسة السابقة للباحثة (أمونة تاج السر حسن ٢٠٠٦) عن أثر العلاج السلوكي المعرفي لمرضي الإضطراب التحولي والتي قسمت فترة المرض لأفراد العينة الي ثلاث مراحل (أقل من سنة- من سنة الي ٥ سنوات - أكثر من ٥ سنوات) وقد أكدت أنه في هذه الدراسة لا توجد فروق تعزي فترة المرض لان الباحثة قد اختارت استراتيجية العلاج السلوكي المعرفي التي لها أثر فعال في كل فترات المرض سواء كان أقل من سنة أو سنة فأكثر أو أكثر من ٥ سنوات وذلك لوجود بعض الاعراض كما ذكرت الدراسة (إضطراب تحولي + أثر عضوي + نظرة الآخرين + العزلة الي الصمت + الإكتئاب). وقد وجدت الباحثة أن العلاج السلوكي المعرفي كان ذات منشأ في تغير الافكار السالبة المتراكمة وحل الصراعات التي توجد لدي مرضي الإضطراب التحولي بعد جلسات الإستبصار في المراحل الاولى وفيها يتم توعية المريض بنوعية مرضه التحولي (أيمن الموازني ٢٠٠٦) كذلك تري الباحثة طول فترة المرض حيث يتمكن المرض التحولي في الفرد وهنا لا بد من توعية المريض وتعديل أفكاره الخاطئة إلي أفكار إيجابية وهنا يكمن فعالية العلاج السلوكي المعرفي (أمونة تاج السر ٢٠٠٦).

الفصل الخامس

الفصل الخامس

الخلاصة

فى خاتمة هذا البحث يتعرض الباحث هنا إلى أهم النتائج التي توصل إليها الباحث ، ثم يتناول المدلولات التطبيقية المتعلقة بهذه النتائج في صورة مقترحات تطبيقية. وأخيراً التوصيات لموضوعات مستقبلية. وتوصل البحث إلى النتائج الآتية:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في فاعلية تطبيقية برنامج العلاج السلوكي المعرفي مع تناول الأدوية المضادة للاكتئاب (العلاج المزدوج) والمجموعة الضابطة للزينة لم يتلقوا أى نوع أى نوع من العلاج النفسي . من خلال مقاييس بيك للاكتئاب .

٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في فاعلية تطبيق استخدام مضادات الاكتئاب فقط كعلاج عرض الاكتئاب من خلال استخدام مقاييس بيك للاكتئاب .

٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزي النوع (ذكر - أنثي) لدى استخدام برنامج العلاج المعرفي السلوكي مع تناول الأدوية المضادة للاكتئاب .

٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزي العمر لدى استخدام برنامج العلاج المعرفي السلوكي مع تناول الأدوية المضادة للاكتئاب .

٥- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزي (المستوى التعليمي) لذات المجموعة .

٦- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزي (فترة المرض) لذات المجموعة.

التوصيات

خلص البحث إلى التوصيات الآتية:

- ١- تعميم العلاج السلوكي المعرفي لدى مرضى الاكتئاب بالمستشفيات والعيادات النفسية بولاية الخرطوم.
- ٢- تعميم العلاج السلوكي المعرفي لدى المرضى العصبيين بولاية الخرطوم.
- ٣- مراعاة العمر عند تطبيق العلاج السلوكي المعرفي لدى مرضى الاكتئاب بولاية الخرطوم.
- ٤- عدم مراعاة الحالة النوع (ذكر - أنثى) عند تطبيق العلاج السلوكي المعرفي لدى مرضى الاكتئاب بولاية الخرطوم.
- ٥- عدم مراعاة مستوى التعليم عند تطبيق العلاج السلوكي المعرفي لدى مرضى الاكتئاب بولاية الخرطوم.
- ٦- عدم مراعاة فترة المرض عند تطبيق العلاج السلوكي المعرفي لدى مرضى الاكتئاب بولاية الخرطوم.

المقترحات

بناءً على نتائج هذا البحث وإطاره النظري يقترح الباحث إجراء المزيد من الدراسات والبحوث في المجالات الآتية:

١- فاعلية العلاج السلوكي المعرفي لدى مرضى الاكتئاب المصحوب بأعراض ذهانية.

٢- الإرشاد النفسي لدى الموظفين المصابين بالاكتئاب بولاية الخرطوم.

٣- الإرشاد النفسي لدى الطبقة العمالية المصابين بالاكتئاب بولاية الخرطوم.

٤- معرفة العلاقة بين الوظيفة وبين المزاج الاكتئابي.

المصادر والمراجع

أولاً : المصادر

- القرآن الكريم: الآيتين -الخامسة والسادسة من سورة الانشراح

ثانياً : المراجع

- ١- إجلال محمد سرى ١٩٩٠م علم النفس العلاجي - القاهرة - عالم الكتب - الطبعة الأولى.
- ٢- الكسندر كيلى ١٩٩١م-نظرية العلاج المعرفي السلوكي- ترجمة عادل مصطفى- القاهرة- دار الآفاق العربية- الطبعة الأولى
- ٣- حامد عبد السلام زهران ١٩٨٧م قاموس علم النفس - القاهرة - عالم الكتب - الطبعة الأولى.
- ٤- زهران ١٩٨٨م الصحة النفسية والعلاج النفسي - عالم الكتب - الطبعة الثانية.
- ٥- زهران ١٩٩٨م - دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي - القاهرة - عالم الكتب - الطبعة الرابعة.
- ٦- حامد عبد العزيز الفقي ١٩٩٠م - الكويت - دار القلم للنشر والتوزيع.
- ٧- حسين فايد ١٩٩٩م - العدوان والاكتئاب في العصر الحديث ، نظرة تكاملية - القاهرة - جامعة حلوان.
- ٨- رجاء محمود أبو علام ١٩٩٥م مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية - دار النشر الجامعية - الطبعة الثالثة.
- ٩- سعد جلال ١٩٩٤م الصحة العقلية والأمراض النفسية والانحرافات السلوكية - القاهرة - دار الفكر العربي - الطبعة السادسة.

- ١٠- طارق أحمد عكاشة ٢٠٠٣م الطب النفسي المعاصر - الأنجلو المصرية - طبعة منقحة.
- ١١- عادل صادق ٢٠٠٥م في بيتنا مريض نفسي - القاهرة - نورس العالمية - الطبعة الثالثة.
- ١٢- عبد الستار إبراهيم ١٩٩٤م العلاج النفسي المعرفي السلوكي الحديث ، أساليب وميادين تطبيقه - القاهرة - دار الفج للنشر والتوزيع - الطبعة (بدون).
- ١٣- عبد العلى الجسماني ١٩٩٨م الاضطرابات النفسية ، تاريخها وأعراضها وعلاجها - الدار العربية - الطبعة الأولى.
- ١٤- عبد المنعم الحنفي ١٩٨٧م موسوعة الطب النفسي - القاهرة - مكتبة مدبولي - الطبعة الثانية.
- ١٥- علاء فرغلى ٢٠٠٣م خطوات العلاج النفسي - القاهرة - مكتبة النهضة - الطبعة الأولى.
- ١٦- محمد عبد الحليم منسي ٢٠٠٠م مناهج البحث النفسي في المجالات التربوية والنفسية - الإسكندرية - دار المعرفة الجامعية - الطبعة (بدون).
- ١٧- محمد عبد الرحمن العيسوي ٢٠٠٢م مجالات الإرشاد والعلاج النفسي - بيروت - الطبعة الأولى.
- ١٨- محمد محروس الشناوي ، محمد السيد عبد الرحمن ١٩٩٨م - العلاج السلوكي الحديث أسسه وتطبيقاته - القاهرة - دار قباء للنشر والتوزيع
- ١٩- محمود حمودة ١٩٧٩ النفس أسرارها وأمراضها - القاهرة - الفجالة - الطبعة الثانية.

الكتب المترجمة:

- ١- أرون بيك ٢٠٠٠م العلاج المعرفي السلوكي والاضطرابات الانفعالية - ترجمة عادل مصطفى - القاهرة - دار الآفاق العربية - الطبعة الأولى.
- ٢- ريتشارد سوين ١٩٨٠م علم الأمراض النفسية والعقلية - ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة - القاهرة - مكتبة الفلاح - الطبعة الأولى.
- ٣- ليندزاي ، بول ٢٠٠٠م - علم النفس الإكلينيكي للراشدين - ترجمة صفوت فرج - القاهرة - مكتبة الأنجلو المصرية.

الرسائل العلمية:

- ١- إنصاف عوض الكريم حامد ٢٠٠٥م ماجستير بعنوان العلاج السلوكي على مرضى الاكتئاب ، دراسة تجريبية على زوجات المغتربين.
- ٢- بسمات محمد احمد الحسين ٢٠٠١م ماجستير بعنوان فعالية العلاج السلوكي في علاج الخوف الاجتماعي ، دراسة تجريبية بمستشفيات ولاية الخرطوم.
- ٣- زاهية حمد عبد الله محمد ٢٠٠٢م ماجستير بعنوان برنامج مقترح للعلاج المعرفي السلوكي لمرضى القلق ، دراسة تجريبية بمستشفيات الأمراض النفسية بالعاصمة القومية.
- ٤- عبدالرحمن عثمان ١٩٩٧م دكتوراه بعنوان برنامج مقترح للعلاج السلوكي المعرفي لمرضى الاكتئاب.
- ٥- هويدا حسب الرسول احمد ٢٠٠١م ماجستير بعنوان فعالية العلاج السلوكي المعرفي لدى مرضى السكري المصابين بالاكتئاب ، دراسة تجريبية بمركز جابر للسكري.

English reference:

١ – American Psychiatric Association: Diagnostic Criteria from DSM– IVTEM, Washington, ٢٠٠٤.

٢ – Hawton @ salkovskis١٩٩٨ Cognitive behavioral therapy for Psychiatric Problem – university of Oxford – England.

شبكة المعلومات (الانترنت) :-

١ – [www.bafree.net/hisn/cognitive behavioral therapy](http://www.bafree.net/hisn/cognitive%20behavioral%20therapy).

٢ – www.elazaym.com/depression/mahmoudabuelazaym

٣ – [www.google.com/Sudan/Khartoum state description](http://www.google.com/Sudan/Khartoum%20state%20description)

٤ – www.sehha.com/mentalhealth/depression

الملاحق ق

الملاحق

ملحق رقم (١)

دراسة الحالة:-

Personal information	• البيانات الشخصية
Age	العمر
Sex	النوع
Marital Status	الحالة الاجتماعية
Occupation	العمل
Religious	الديانة
Original Place	الموطن الأصلي
Complain	• الشكوى الحالية
History Illness	• تاريخ المرض
Family History	• التاريخ الأسرى
Father	- الأب
Mother	- الأم
Siblings	- الإخوة بالترتيب
Family Illness	• الأمراض العائلية
Personal History	• التاريخ الشخصي
Birth & Early	- الميلاد والطفولة
Health duration Childhood	- الصحة في الطفولة
School Record	- السجل المدرسي
Occupational History	- التاريخ المهني
Marriage History	- التاريخ الزوجي

Customer	- العادات
Past Medical History	• التاريخ الطبي السابق
Past Psychiatric History	• التاريخ الطبي النفسي السابق
Social Problems	• المشاكل الاجتماعية
History of present	• تاريخ ظهور المرض
Personal before Illness	• الشخصية قبل المرض
Mental state	• الحالة العقلية
Appearance	• المظهر العام
	• الوظائف المعرفية
Behavior	- السلوك
Speech	- الكلام
Mood	- المزاج
Thinking	- التفكير
Hallucination	- الهلوس
Perception	- الإدراك
Memory	- الذاكرة
Concentration	- التركيز
Orientation	- الانتباه
Insight	- الاستبصار
Follow up	• المتابعة
Date of Study	• تاريخ الدراسة
Psychologist	تعليق المعالج

ملحق رقم (٢)

اختبار الحالة المزاجية (بيك)

(١) هل تشعر بالحزن

أ- لا أشعر بحزن

ب- أشعر بحزن

ج- أشعر بحزن طوال الوقت ولا أستطيع التخلص منها

د- إني حزين بدرجة لا أستطيع تحملها

(٢) هل أنت متشائم

أ- لست متشائماً

بأشعر بتشاؤم بالنسبة للمستقبل

ج- أشعر بأنه ليس هناك شيء يسر في المستقبل

د- أشعر أن المستقبل لا أمل فيه وأن الأمور لن تتحسن

(٣) هل تشعر بالفشل

أ- لا أشعر أنني فاشل

بأشعر بأنني فشلت أكثر من المعتاد

ج- عندما أنظر إلي ما مضى من سنوات عمري فأني لا أري إلا الفشل الذريع

د- أشعر بأنني شخص فاشل تماماً

٤) هل ما زلت تستمتع بالحياة
أأستمتع بدرجة كافية بجوانب الحياة كما اعتدت من قبل
بلا أستمتع بجوانب الحيلة علي النحو الذي تعودت عليه
ج- لم أعد أحصل علي استمتاع حقيقي من أي شيء في الحياة
د- لا أستمتع إطلاقاً بأي شيء في الحياة

٥) هل تشعر بالذنب
ألا أشعر بالذنب
بأشعر بالذنب معظم الوقت
ج- أشعر شعوراً عميقاً بالذنب في أغلب الأوقات
د- أشعر بالذنب بصفة دائمة

٦) هل تشعر بأنك تتلقي أو قد تتلقي عقاباً
ألا أشعر بأنني أتلقي عقاباً
ب- أشعر بأنني قد أعرض للعقاب
ج- أتوقع أن أعاقب
د- أشعر بأنني أتلقي عقاباً بصفة دائمة

٧) هل تشعر بالإحباط
ألا أشعر بأنني محبط
ب- أنا محبط
ج- أنا مشمئز من نفسي
د- أكره نفسي

٨) هل تشعر بأنك أسوأ من الآخرين
ألا أشعر بأنني أسوأ من الآخرين
بأنا ناقد لنفسي لضعفي وأخطائي
ج- ألوم نفسي طوال الوقت علي أخطائي
د- ألوم نفسي على كل شئ يحدث

٩) هل لديك تفكير للتخلص من حياتك
أليس لدي أي أفكار للتخلص من حياتي
بلدي أفكار للتخلص من حياتي
ج- سأقتل نفسي 'ذا وجدت الفرصة
د- سأقتل نفسي لا محالة

١٠) هل تبكي أكثر من المعتاد
ألا أبكي أكثر من المعتاد
بأبكي الآن أكثر من المعتاد
ج- أبكي طوال الوقت
د- كان لدي القدرة علي البكاء ولكن الآن لا أستطيع البكاء حتي ولو رغبت في ذلك

١١) هل تشعر بالضيق
أ- لست متضايقا الآن أكثر من ذي قبل
ب- أتضايق بسهولة أكثر من عادتي
ج- أشعر بأنني متضايق الآن طوال الوقت
د- فقدت القدرة علي أن أتضايق حني من الأشياء التي كانت تضايقني من قبل

١٢) هل فقدت الاهتمام بالآخرين

- أ- أنا لم أفقد الاهتمام بالناس بالآخرين
 - ب- أنا أقل اهتماما بالناس الآخرين عما تعودت عليه
 - ج- لقد فقدت أغلب اهتمامي بالناس الآخرين
 - د- لقد فقدت كل اهتمامي بالماس الآخرين
- ١٣) هل تتخذ قراراتك كما تعودت من قبل
- أ- أتخذ قراراتي كما تعودت أن أفعل من قبل
 - ب- توقفت عن اتخاذ قرارات أكثر مما تعودت من قبل
 - ج- لدي صعوبات أكبر في اتخاذ القرارات مما كانت عليه من قبل
 - د- لا أستطيع اتخاذ قرارات إطلاقا

١٤) هل تشعر بأنك أسوأ من ذي قبل

- أ- أنا لا أشعر بأنني أبدو أسوأ مما تعودت أن أكون عليه
- ب- أنا قلق لأنني أبدو أكبر سنا وأقل جاذبية
- ج- أشعر بأن هناك تغييرات مستمرة في مظهري تجعلني أقل جاذبية
- د- أعتقد بأنني أبدو قبيحا

١٥) هل تستطيع العمل كما كان من قبل

- أ- أستطيع أن أعمل كما كنت أعمل من قبل
- ب- يتطلب البدء في العمل جهدا إضافيا مني الآن
- ج- علي أن أرفع نفسي بقوة لعمل أي شئ
- د- لا أستطيع أن أقوم بأي عمل علي الإطلاق

١٦) هل تستطيع أن تنام كالمعتاد

أ- أستطيع أن أنام كالمعتاد

ب- لا أستطيع النوم كالمعتاد

ج- أستيقظ مبكراً ساعة أو ساعتين عن المعتاد وأواجه صعوبة في استئناف النوم

د- أستيقظ مبكراً عدة ساعات عن المعتاد ولا أستطيع استئناف النوم

١٧) هل تشعر بالتعب أكثر من ذي قبل

أ- لا أشعر بالتعب أكثر من المعتاد

ب- أشعر بالتعب أكثر من المعتاد لأسباب

ج- أشعر بالتعب من جراء أي عمل تقريباً

د- أنا متعب جداً بدرجة تمنعني من أداء العمل

١٨) هل فقدت شهيتك للأكل

أ- شهيتي ليست أسوأ من المعتاد

ب- شهيتي ليست جيدة كالمعتاد

ج- الآن شهيتي أكثر سوءاً

د- ليست لدي شهية علي الإطلاق

١٩) هل فقدت وزنك مؤخراً

أ- لم أفقد وزني مؤخراً

ب- فقدت أكثر من اثنين كيلو

ج- فقدت أكثر من أربعة كيلو

د- فقدت أكثر من ستة كيلو

٢٠) هل أنت قلق أكثر مما يجب

أ- أنا لست قلقاً علي صحتي أكثر من المعتاد

ب- أنا قلق علي مشكلاتي الجسمية كالآلم واضطرابات المعدة والأمعاء

ج- أنا قلق جداً بسبب المشكلات الجسمية بدرجة لا أستطيع أن أفكر في شئ آخر

د- أنا قلق جداً بسبب مشكلاتي الجسمية بدرجة تمنعني من التفكير في شئ آخر

٢١) هل فقدت اهتمامك بالجنس الآخر

أ- لم ألاحظ تغييرات حديثة في اتجاهي نحو الجنس الآخر

ب- أنا أقل اهتماماً بالجنس الآخر مما تعودت أن أكون عليه

ج- أنا أقل اهتماماً بدرجة كبيرة بالجنس الآخر الآن

د- لقد فقدت تماماً كل اهتمامي بالجنس الآخر

ملحق رقم (٣)

ويوضح الطريقة التي تمت بها العلاج للحالات المصنفة بمرض الاكتئاب.

الجلسات	الأهداف	الأدوات	الزمن	الواجبات المنزلية
الأولى	المقابلة التعريفية وبناء الثقة النفسي	مقياس بيك	٦٠—٤٥ دقيقة	
الثانية	بناء الثقة +الاستبصار	دراسة الحالة	٦٠—٤٥ دقيقة	الايجابيات والسلبيات
الثالثة	وضع قائمة المشكلات العمل +متابعة المريض		٦٠—٤٥ دقيقة	
الرابعة	شرح النموذج المعرفي	مقياس بيك	٦٠—٤٥ دقيقة	أساليب تغيير الفكرة الخاطئة
الخامسة	تعليم المريض أساليب جديدة للتخلص من قلة الشعور بالنشاط +شرح تأثير الاضطراب في النشاط + ضبط الإحساس		٦٠—٤٥ دقيقة	جدول النشاط و.. الأعمال +الفكرة السلبية والإحساس
السادسة	شرح طبيعة الأفكار الحالية وتعليم التحدث اللفظي للأفكار		٦٠—٤٥ دقيقة	جدول الفوائد والمضاد للأفكار السابقة
السابعة	تعليم أساليب عملية لاختبار الفكرة +جدول صحة الفكرة			جدول اختيار صحة الفكرة
الثامنة	تعليم أساليب وقائية +الحياة	مقياس بيك	٦٠—٤٥ دقيقة	ورقة أهداف الحياة

ملحق رقم (٤)

نموذجين لجلستين علاج معرفي سلوكي مع حالتين مختلفتين من حيث حدة المرض ، وتوصلت النتائج إلي الحالة الطبيعية.

الحالة رقم ١

البيانات الأولية :

الجنس : أنثى

العمر: ٣٦ عام

السكن: الخرطوم – الأزهري

الحالة الاجتماعية: متزوجة و أم لثلاثة أطفال

المهنة: ربة منزل

الديانة: مسلمة

التعليم: جامعي

تم عمل اختبار بيك في الجلسة الأولى وكانت النتيجة ٣٢ درجة (اكتئاب شديد) وتم الاتفاق علي عمل عدد ٨ جلسات للعلاج المعرفي السلوكي علي ان تتخللها فحص المريض ثلاث مرات في نهاية الجلسة الثالثة والجلسة السادسة وبعد نهاية الجلسة الأخيرة بمقياس بيك لمعرفة وقياس درجة الاكتئاب في كل مره وكانت نتيجة الجلسة الثالثة ٢٨ درجة وهي ما تعني أنها مازالت في درجة الاكتئاب الشديد برغم انخفاضها بنسبة ٤ درجات ؛ وفي الجلسة السادسة تم عمل المقياس وكانت النتيجة ١٧ درجة وهي تعني انتقالها من درجة الاكتئاب الشديد إلى درجة الاكتئاب المتوسط ؛ وفي نهاية الجلسة الثامنة أجرى عليها المقياس ووجد أن النتيجة ١٢ درجة وهي تعني انتقالها إلى مرحلة الاكتئاب البسيط.

الحالة رقم ٢

البيانات الأولية :

الجنس : ذكر

العمر: ٤٣ عام

السكن: بحري - السامراب

الحالة الاجتماعية: متزوج (خمس أطفال)

المهنة: موظف

الديانة: مسلم

التعليم: جامعي

تم عمل اختبار بيك في الجلسة الأولى وكانت النتيجة ٢٢ درجة وهى تعنى اكتئاب متوسط وتم الاتفاق على عمل جلسات علاج معرفي سلوكي و استخدام مقياس بيك للاكتئاب.

وفى نهاية الجلسة الثالثة تم عمل مقياس بيك ووجد أن النتيجة كانت ١٥ درجة وهى تعنى انتقاله لمرحلة الاكتئاب البسيط ؛ وفى نهاية الجلسة السادسة تم إعادة المقياس ووجد انه سجل ٨ درجات أي انتقاله إلى المرحلة الطبيعية؛ وفى نهاية الجلسة الثامنة تم إعادة المقياس ووجد انه سجل ٤ درجات أي أنه في المرحلة الطبيعية وانخفض درجاته ٤ درجات .